

Pneumologie: Lutte contre le carcinome bronchique

Albrecht Breitenbücher

Dans les pays industrialisés, le carcinome bronchique reste la cause de décès par cancer la plus fréquente chez l'homme et la femme, mais la mortalité chez l'homme est en diminution.

Intérêt de nouveau plus soutenu pour le screening

Avec le développement de la tomographie computerisée hélicoïdale, l'intérêt pour le screening a repris de l'ampleur ces derniers temps. Un algorithme spécial permet de diminuer très nettement la dose de rayons et de raccourcir la durée de l'examen. Chez les fumeurs, la *low-dose* Spiral-TC dépiste deux à quatre fois plus de carcinomes bronchiques que la radiographie thoracique conventionnelle, dont plus de 70% au stade I. Mais l'incidence des nodules bénins est élevée, ce qui donne lieu à de nombreux autres examens inutiles [1]. Il reste encore à démontrer si le carcinome bronchique peut être diagnostiqué assez tôt pour abaisser la mortalité dans la population globale. Il faut pour cela des études randomisées, comme la Lung Cancer Screening Study récemment mise en route aux Etats-Unis, qui a recruté plus de 50 000 fumeurs. Les premiers résultats sont attendus pour la fin 2005, et l'intérêt du screening reste ouvert jusqu'à cette date. Le risque le plus grand est celui des patients ayant une anamnèse tabagique ≥ 30 pack-years et souffrant d'une BPCO (risque environ cinq fois plus élevé que chez les fumeurs sans obstruction des voies respiratoires) et ayant un status après carcinome bronchique.

Mais malgré tout l'enthousiasme suscité par la Spiral-TC, il ne faut pas oublier que la plupart des cancers bronchiques sont centraux, donc mal visualisables à la Spiral-TC. L'examen des expectorations, complété par un examen assisté par ordinateur ou par marqueurs biologiques, pourrait reprendre une plus grande importance à l'avenir. La bronchoscopie par autofluorescence est encore une méthode de recherche, qui s'est avérée six fois plus sensible que la bronchoscopie conventionnelle sous lumière blanche dans le diagnostic des dysplasies sévères et des carcinomes in situ, mais qui présente l'inconvénient d'avoir une incidence élevée de résultats faux positifs.

Améliorations dans le diagnostic

Le staging préopératoire du médiastin était jusqu'à maintenant du domaine de la tomographie computerisée. La tomographie par émission de positrons (PET), depuis peu une routine, repose sur le principe que les tumeurs malignes métabolisent davantage de glucose radiomarqué que le tissu non malin. La PET a une sensibilité et une spécificité pour les métastases ganglionnaires médiastinales plus élevées que la TC, mais ne la remplace pas en raison de l'information anatomique plus précise de cette dernière. Avec une sensibilité d'environ 90–95% et une spécificité de 80–85%, les résultats négatifs sont fiables, mais les positifs doivent être précisés par médiastinoscopie, vu que les processus infectieux ou inflammatoires peuvent donner des résultats faux positifs. La PET permet également de mieux découvrir les métastases à distance que les méthodes de routine, seules les métastases cérébrales faisant exception [2].

La PET occupe maintenant une bonne place dans le diagnostic des foyers ronds en fonction de sa bonne sensibilité [3]. Les résultats négatifs permettent un traitement conservateur, mais il faut bien savoir que certaines tumeurs ayant une activité métabolique faible, comme le carcinome bronchiolo-alvéolaire, les adénomes bien différenciés et le carcinoïde peuvent donner des résultats faux négatifs, ce qui fait qu'il n'est pas possible de se passer des contrôles radiologiques ultérieurs. Les résultats positifs doivent faire l'objet d'autres examens, dont la thoracoscopie assistée par vidéo (VATS), qui s'est récemment avérée très utile. Les lésions périphériques, dans le tiers périphérique du poumon, peuvent être résectionnées par excision cunéiforme par VATS, et examinées. Les avantages sur une intervention à ciel ouvert sont des douleurs postopératoires moins importantes, un handicap fonctionnel moins marqué et une hospitalisation de plus brève durée.

Progrès thérapeutiques

Il est toujours vrai que les meilleures chances de guérison sont celles après résection complète aux stades I-IIIa. Mais comme même dans ces cas les chances de survie à 5 ans ne sont que d'environ 50%, d'autres traitements sont recherchés depuis des années déjà pour abais-

Correspondance
Dr Albrecht Breitenbücher
Pneumologie
Service universitaire de Médecine
CH-4101 Bruderholz

albrecht.breitenbuecher@ksbh.ch

ser l'incidence des récurrences. Après que la radiothérapie ou la chimiothérapie postopératoire ne soient pas parvenues à améliorer la survie, la chimiothérapie néoadjuvante, dont le but est l'élimination précoce des micrométastases, est devenue le centre d'intérêt. L'avantage de ce traitement semble très prometteur, mais il n'est pas encore possible de le mesurer à l'heure qu'il est. Pour le carcinome bronchique non à petites cellules avec extension locale, inopérable (stade IIIb), la radiothérapie radicale est le standard depuis des années déjà, mais la survie moyenne n'est que d'environ 10–12 mois. Le pronostic a pu être amélioré par une irradiation hyperfractionnée, c.-à-d. répartition de la dose journalière en plusieurs doses unitaires, en association à une chimiothérapie. Et même à un stade avancé (stade IV), les patients en bon état général peuvent profiter d'une chimiothérapie.

Nouvelle possibilité de traitement: la bronchoscopie interventionnelle

La pneumologie interventionnelle occupe une place importante dans le traitement palliatif du carcinome bronchique à un stade avancé. La résection au laser et la pose de stents pour perméabiliser les voies respiratoires sténosées, mises au point au cours de ces 10 dernières années, font actuellement de plus en plus partie du traitement de routine en cas de dyspnée handicapante ou de pneumonie poststénotique. La pleurodèse au talc par thoracoscopie a fait ses preuves dans l'épanchement pleural malin [4].

Perspectives

Des études sur le screening, le diagnostic et le traitement des stades précoces joueront un grand rôle au cours des prochaines décades. De nouveaux traitements sont actuellement en phase de développement ou d'évaluation clinique. Dans un avenir proche, les inhibiteurs des divers facteurs de croissance biologiques, en association à une chimiothérapie, ou au lieu d'une chimiothérapie, feront très prochainement l'objet de recherches intensives. Mais les efforts politiques et sociaux en matière de prévention du tabagisme garderont toujours une importance majeure.

Références

- 1 Swensen SJ, Jett JR, Sloan JA, Midthun DE, Hartman TE, et al. Screening for lung cancer with low-dose spiral computed tomography. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:508–13.
- 2 Pieterman RM, van Putten JW, Meuzelaar JJ, Mooyaart EL, Vaalburg W, et al. Preoperative staging of non-small cell lung cancer with positron-emission tomography. *N Engl J Med* 2000;343:254–61.
- 3 Gould MK, Maclean CC, Kuschner WG, Rydzak CE, Owens DK. Accuracy of positron emission tomography for diagnosis of pulmonary nodules and mass lesions: a meta-analysis. *JAMA* 2001;285: 914–24.
- 4 Seijo LM, Serman DH. Interventional pulmonology. *N Engl J Med* 2001; 344:740–9.