

Le dépistage du cancer du poumon : importance de la sélection de la population à dépister

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer dans le monde¹ et représente donc un important problème de santé publique.

Le cancer du poumon présente par ailleurs des caractéristiques qui suggèrent que le dépistage des stades précoces puisse avoir un effet bénéfique sur la morbidité et mortalité spécifique liées à ce type de cancer, en particulier des facteurs de risque bien identifiés, une phase préclinique longue et une possibilité thérapeutique permettant de traiter plus efficacement les stades précoces. Cependant le développement d'une politique de dépistage doit aussi tenir compte d'effets délétères éventuels comme l'exposition de la population à des techniques parfois invasives ou l'effet anxiogène inutile en cas de faux positif. Ceci explique sans doute que l'on soit encore à la recherche de la technique idéale et que le dépistage du cancer du poumon ne soit pas systématique chez nous.

Des techniques nouvelles telles que la détection de marqueurs tumoraux dans le sang circulant², ou l'analyse des composés volatils dans l'air exhalé³ sont en cours d'investigation et pourraient, dans un avenir proche, fournir des moyens non invasifs de dépistage du cancer du poumon. Pour ce qui est des techniques actuellement disponibles, seul le CT-scanner thoracique à faible dose d'irradiation a montré un intérêt en terme de diminution de la mortalité associée au cancer du poumon⁴. En effet, dans une large étude contrôlée réalisée aux Etats-Unis (NLST), la réalisation d'un CT-scanner par an chez des sujets tabagiques a permis de diminuer de 20 % la mortalité spécifique liée au cancer du poumon dans le groupe dépisté par CT-scanner par rapport à un autre groupe où l'on réalisait une radiographie de thorax annuelle. Ces résultats n'ont pas encore été confirmés par les études européennes en cours (étude NELSON notamment), mais les sociétés savantes américaines ont d'ores et déjà émis des recommandations préconisant la réalisation d'un dépistage systématique chez les sujets à risque. En Europe, les sociétés savantes réservent encore pour la plupart leurs recommandations et restent dans l'attente des résultats des études européennes.

Dans tous les cas, le développement d'une politique systématique de dépistage du cancer du poumon nécessite une définition précise de la population à cibler. Même si dans le cancer du poumon le facteur de risque majeur, le tabagisme, est bien identifié, d'autres caractéristiques de la population cible doivent sans doute être affinées.

Dans ce numéro de la *Revue Médicale de Bruxelles*, Takkal *et al.* présentent les résultats d'une étude rétrospective monocentrique dans laquelle ils ont étudié l'incidence du cancer pulmonaire détecté par CT-scanner thoracique dans une population de patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Ils observent une incidence de cancer de 5 %, ce qui correspond environ au double de l'incidence décrite dans la population tabagique, BPCO ou non, du NLST. Par ailleurs, l'étude de sous-groupe du NLST réalisée par Young *et al.*⁵ montrait aussi que parmi les BPCO l'incidence des cancers détectés était de 6,2 %, soit le triple de l'incidence globale rapportée dans le NLST. Bien sûr cette incidence plus élevée chez le patient BPCO ne permet pas d'affirmer que l'effet du dépistage sur la mortalité associée en sera d'autant plus important car le niveau d'accès au traitement curatif et le niveau d'opérabilité risquent d'être moindres dans cette population à fonction respiratoire altérée. Cependant il s'agit d'une piste intéressante, et en particulier qui pourrait être un élément orientant pour le médecin dont la consultation sera plus largement fournie en patients BPCO qu'en sujets fumeurs non malades.

D. Leduc
Clinique d'Oncologie pneumologique et
d'Endoscopie, Hôpital Erasme, ULB

BIBLIOGRAPHIE

1. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, MacIntyre MF *et al.* The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol.* 2015;1(4):505.
2. Zhong L, Hidalgo GE, Stromberg AJ, Khattar NH, Jett JR, Hirschowitz EA. Using protein microarray as a diagnostic assay for non-small cell lung cancer. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;172(10):1556.
3. Machado RF, Laskowski D, Deffenderfer O, Burch T, Zheng S *et al.* Detection of lung cancer by sensor array analyses of exhaled breath. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(11):1286.
4. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM *et al.* Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* 2011;365(5):395.
5. Young RP, Duan F, Chiles C, Hopkins RJ, Gamble GD, Greco EM *et al.* Airflow Limitation and Histology Shift in the National Lung Screening Trial. The NLST-ACRIN Cohort Substudy. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015 Nov 1;192(9):1060.