

La 12^{ème} Journée Annuelle d'Oncologie Thoracique

J.-P. Sculier

Service des Soins intensifs et Urgences oncologiques & Oncologie thoracique,
Institut Jules Bordet

Sous l'égide de l'*European Lung Cancer Working Party* (ELCWP), groupe coopérateur européen de recherche en oncologie thoracique, le Pr Jean-Paul Sculier de l'Institut Jules Bordet en collaboration avec le Pr Jean-Jacques Laffitte du C.H.U. de Lille a organisé le 19 mars 2011 la 12^{ème} Journée sur le thème de l'Oncologie Thoracique.

Une quatre-vingtaine de personnes, médecins, infirmières, étudiants, professions paramédicales, patients, se sont réunis pour écouter une mise au point sur les populations particulières touchées par le cancer bronchique. En effet, à l'heure actuelle, le cancer du poumon en Belgique est le cancer le plus fréquent chez l'homme et est la cause numéro un de décès par cancer. Il touche essentiellement le fumeur : environ 90 % des sujets présentant un cancer pulmonaire ont une histoire de tabagisme important. Dans un premier exposé, le Dr Trédaniel de l'Hôpital Saint-Joseph à Paris a revu les caractéristiques de cette population, tout particulièrement en termes de type et d'importance du tabagisme. Il faut actuellement considérer que, dans les pays développés, un fumeur régulier d'au moins un paquet de cigarettes par jour a un risque très élevé de décéder d'un cancer bronchique : un fumeur sur cinq présentera cette maladie et en mourra. Chez la femme, le risque est évalué à un sur dix. Le risque est proportionnel à la dose de tabac fumé mais augmente exponentiellement avec la durée de consommation. L'arrêt du tabac réduit le risque sans jamais le ramener à celui du non-fumeur, même 30 ans plus tard. La consommation de cigares, de cigarillos et de pipes expose au même risque que la consommation de cigarettes. Ces tumeurs ont des caractéristiques histologiques et biologiques différentes des tumeurs du non-fumeur : il s'agit moins fréquemment d'adénocarcinome, il y a peu de mutations du gène EGFr mais plus de mutations de K-ras et de p53. Par opposition, dans le second exposé, le Dr Thierry Berghmans de l'Institut Jules Bordet, a présenté les caractéristiques et le pronostic des patients non-fumeurs présentant cette maladie. Il a insisté sur les différentes définitions utilisées dans la littérature avec une tendance à mélanger au vrai non-fumeur l'ex-fumeur voire le petit fumeur actif. Ces tumeurs représentent au niveau mondial environ 25 % des cancers bronchiques. Elles touchent proportionnellement plus la femme et les pays d'Extrême-Orient : Japon, Chine, Philippines, Singapour. Ces tumeurs sont souvent des adénocarcinomes avec

un taux de mutations plus élevé sur le gène EGFr, ce qui a des implications thérapeutiques particulières. Les principaux facteurs carcinogènes sont le tabagisme passif lié au conjoint ou à l'environnement professionnel, l'exposition au radon, l'irradiation médicale, l'exposition à l'asbeste, la pollution notamment par l'utilisation de combustibles fossiles à domicile, les maladies pulmonaires chroniques et une histoire familiale. Le dernier exposé de la matinée, donné par le Dr Morelle, spécialisée en médecine du travail, a couvert les risques particuliers liés aux facteurs professionnels ou environnementaux. En effet, on considère à l'heure actuelle qu'environ 10 à 15 % des cancers bronchiques peuvent s'expliquer en partie par une exposition professionnelle à des agents carcinogènes autres que le tabac. En Belgique, moins de 1 % des cancers bronchiques font l'objet d'une reconnaissance au Fonds des maladies professionnelles. L'orateur a présenté les données récoltées à sa consultation à l'Institut Bordet. Sur 73 patients évalués, 23 (essentiellement des cols bleus) ont eu une exposition professionnelle essentiellement à l'amiante, aux fumées de diesel, à la silice, aux hydrocarbures aromatiques polycycliques. Actuellement, 10 ont fait une demande de reconnaissance au Fonds. Cette étude démontre que la situation en Belgique n'est guère différente de celles rencontrées dans les pays voisins.

Trois groupes particuliers de sujets ont fait l'objet d'exposés séparés. Tout d'abord en termes d'importance, le vieillard a été abordé par le Pr Elizabeth Quoix de l'Université de Strasbourg. Le cancer bronchique est en effet une maladie du sujet âgé, un tiers survenant après l'âge de 70 ans. Ces malades sont plus fragiles en raison des problèmes de comorbidités liés à leur âge ainsi qu'au vieillissement de leur organisme. Il existe en fait trois groupes de patients âgés : ceux avec un bon état général et pas de comorbidité, ceux qui sont fragiles et très dépendants et enfin ceux qui présentent déjà une ou deux comorbidités et des traits de fragilité sur les échelles gériatriques. L'oratrice, très expérimentée sur ce sujet d'oncogériatrie, a insisté sur le peu d'utilité pratique des échelles d'évaluation actuellement disponibles. Elle a montré que dans les groupes favorables, on pouvait traiter des tumeurs pulmonaires par chimiothérapie de façon relativement agressive. Un exposé fort original a suivi sur l'enfant par le Dr Van Cauwenberghe, chirurgien pédiatrique à

l'Hôpital Saint-Jean à Bruges. On considère classiquement que les sujets très jeunes ne peuvent pas être atteints de cancer bronchique. Cela ne semble pas être une vérité absolue, quelques enfants ayant été diagnostiqués et traités pour cette maladie au C.H.U. de Lille. Les types histologiques sont cependant différents bien que certains puissent se rencontrer chez l'adulte comme les tumeurs carcinoïdes ou muco-épidermoïdes. Le pneumoblastome est une tumeur maligne plus fréquente. Enfin, le Pr Mazières de Toulouse a abordé la situation des femmes qui présentent également des particularités épidémiologiques et pronostiques. En effet, même si la situation tend à changer, il y a encore beaucoup de femmes qui présentent un cancer du poumon sans avoir été des fumeuses actives. De plus, si elles fument, les femmes ont de moins bons processus de détoxification des substances carcinogènes du tabac, ce qui les expose à un risque plus grand et les touche plus rapidement. On explique par là le taux inquiétant de cancers bronchiques chez les femmes jeunes. Les femmes ont également les facteurs génétiques de réparation des atteintes génétiques moins performants que les hommes, ce qui explique d'une part le risque accru et d'autre part une meilleure sensibilité à la chimiothérapie. Les hormones ont un rôle délétère, notamment les œstrogènes utilisés en traitement substitutif lors de la ménopause. Les tumeurs observées chez la femme sont plus souvent des adénocarcinomes avec un taux plus fréquent de mutations sur le gène EGFRr.

La journée s'est clôturée par une table ronde sur les problèmes médico-légaux liés aux banques de tissus. Le Dr Berghmans de l'Institut Bordet a présenté une situation clinique mettant en évidence les difficultés actuellement rencontrées dans les hôpitaux lorsque l'on veut utiliser, à des fins de recherche, des tissus notamment cancéreux. Ces difficultés proviennent de la mise en application en droit national de directives européennes. Il faut en effet savoir que la recherche et donc les progrès thérapeutiques reposent en partie sur l'analyse d'échantillons de tumeurs obtenus par résection chirurgicale ou par biopsie. Les contraintes éthiques vont rendre de plus en plus difficile une recherche non programmée pour laquelle le patient n'a pas pu donner d'accord explicite. Pour la discussion, les organisateurs ont rassemblé différents acteurs : juriste, directeur hospitalier, médecin clinicien, médecin anatomopathologiste, gestionnaire de banque de tumeurs belge et français, représentants des patients. En effet, les progrès réalisés en biologie moléculaire permettent actuellement d'analyser de plus en plus finement le patrimoine génétique des malades et donc de chacun d'entre nous. Il faut éviter tout risque de dérive non contrôlée par la personne sur les échantillons de laquelle les analyses ont été réalisées. Ces dérives peuvent par exemple être l'identification de facteurs de risque pour certaines maladies notamment héréditaires ou l'utilisation à des fins commerciales des découvertes réalisées sans que le donateur en reçoive une partie du bénéfice.