

1) Quelle est la fréquence du cancer du poumon ?

Le cancer bronchopulmonaire est parmi les cancers les plus fréquents. Il est second chez l'homme, après le cancer de la prostate, et troisième chez la femme, après le cancer du sein puis le cancer colorectal. Chaque année, en France, il existe 53.000 nouveaux cas par an.

2) Quelles sont les causes les plus fréquentes ?

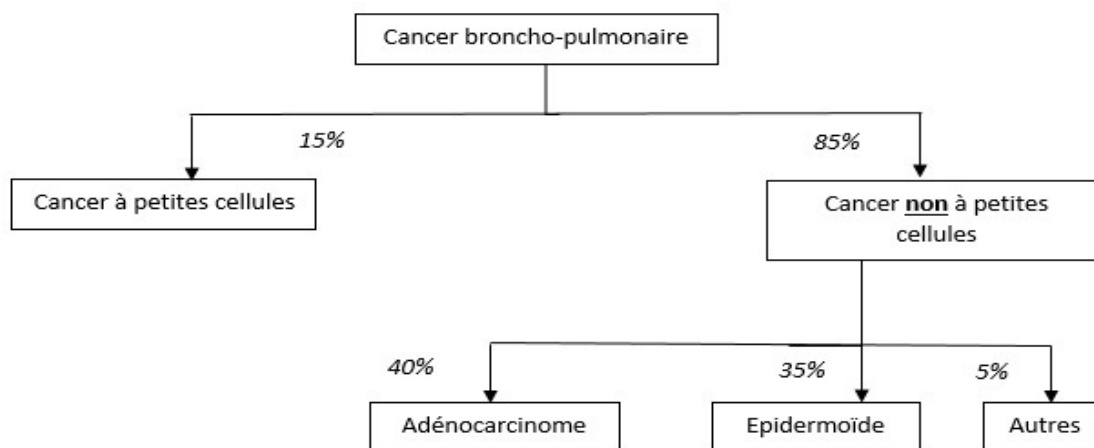
La principale cause est le tabagisme. On estime que plus de 80% des cas de cancers du poumon serait évitable en cas d'absence totale de tabagisme.

Parmi les autres facteurs, il a également été démontré qu'environ 14% des cancers du poumon était secondaire à l'exposition professionnelle (amiante, silice cristalline, fumées de soudage et gaz d'échappement de moteur diesel entre autres). D'autres éléments peuvent également influencer ce risque tel que l'exposition au Radon, la pollution atmosphérique etc...

Ainsi, la prévention du cancer du poumon passe nécessairement par le sevrage tabagique mais aussi par des éléments de protection pour les travailleurs les plus exposés. Après l'arrêt du tabagisme, il existe une réduction d'environ 40% du risque de déclarer un cancer pulmonaire dans les 5 ans qui suivent. Cependant, le risque ne rejoint jamais celui des non-fumeurs.

3) Quels sont les différents types de cancer du poumon ?

Grâce à l'analyse tissulaire au microscope, on différencie deux grandes familles de cancer bronchopulmonaire. D'une part, le carcinome à petites cellules, environ 15% de l'ensemble, et d'autre part, le carcinome non à petites cellules (qu'on qualifie donc en opposition à la première catégorie). Cette deuxième catégorie se subdivise elle-même en trois sous-familles, toujours grâce à l'analyse au microscope. On retrouve donc les adénocarcinomes (environ 60%), les carcinomes épidermoïdes (environ 35%) et les autres, plus difficiles à classer mais aussi moins courants.



4) Comment diagnostiquer le cancer du poumon ?

Malheureusement, le poumon n'étant pas innervé, il est très difficile de détecter précocement ce genre de pathologie. On peut, soit le découvrir fortuitement sur une radiographie ou un scanner comprenant les poumons, soit après réalisation d'une imagerie en réponse à une toux ou un essoufflement de plus en plus important chez une personne dite « à risque ».

Pour ces personnes à risque, il est possible de réaliser un dépistage individuel grâce à un scanner thoracique à faible dose.

5) Existe-t-il des examens complémentaires une fois le cancer suspecté ?

Après avoir repéré une anomalie sur les images, on doit en confirmer la nature cancéreuse et identifier au microscope ses caractéristiques exactes. Cela passe généralement par une fibroscopie bronchique. Cet examen consiste en l'exploration grâce à une caméra des bronches avec généralement la réalisation d'une biopsie.

En parallèle, votre médecin cherchera à identifier d'éventuelles métastases pour ajuster au mieux les soins à vous proposer. Pour cela, il réalisera une imagerie du cerveau et s'assurera d'avoir au minimum un scanner du thorax et de l'abdomen.

6) Quel est le pronostic de la maladie ?

Le pronostic, et donc le projet thérapeutique, varie essentiellement selon le caractère métastatique ou non du cancer.

Dans les stades localisés, on peut espérer éradiquer la maladie grâce à la chirurgie, pouvant être encadrée ou non, par un traitement systémique (qui agit donc partout dans le corps).

Dans les stades métastatiques, on ne peut lutter contre la maladie que grâce à des traitements systémiques comme la chimiothérapie ou l'immunothérapie. Le cancer ayant des localisations secondaires, à distance de la lésion principale, il est dit « disséminé ». On peut espérer contrôler la maladie grâce aux différents traitements, mais la guérison n'est pas possible. L'objectif est d'en faire une maladie chronique. Les traitements locaux ne sont pas d'actualité.

7) Quelle est cette fameuse « RCP » dont on parle souvent ?

Le choix du traitement se fait toujours en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), réunion régulière avec au minimum trois spécialités différentes permettant de discuter de chaque patient et de proposer l'option la plus adaptée.

8) Qu'est-ce que l'immunothérapie ?

L'immunothérapie peut se discuter autant dans les maladies localisées que disséminées. Son utilisation dépend néanmoins des caractéristiques microscopiques et moléculaires de la tumeur. Elle n'est donc pas systématique.

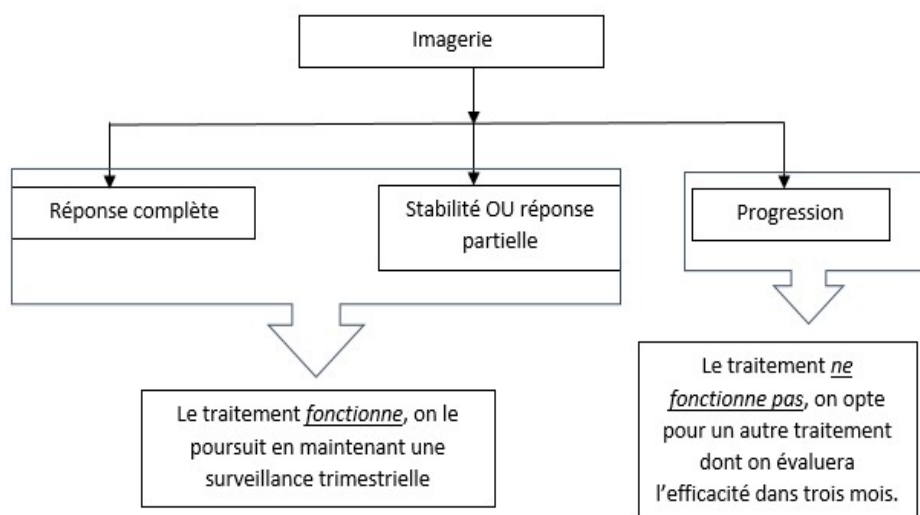
Là où la chimiothérapie vise à détruire les cellules tumorales, mais cause également une destruction des cellules saines, l'immunothérapie renforce l'immunité déjà en place et augmente donc son agressivité. Les éventuels effets secondaires sont donc secondaire à une suragressivité de l'immunité vis-à-vis des cellules du soi, avec des manifestations auto-immunes.

9) Existe-t-il des innovations parmi les traitements proposés ?

Les thérapies ciblées sont également de nouveaux médicaments avec des innovations constantes. Ce domaine en plein essor vise sur des altérations génétiques retrouvables sur les cellules de la tumeur. Elles ont l'avantage d'une excellente efficacité pour des effets secondaires et des contraintes réduites, la plupart étant sous forme de cachet à prise quotidienne, permettant une nette amélioration de la qualité de vie mais elles ne concernent pas tous les patients.

10) Comment suivre l'efficacité du traitement ou l'absence de rechute ?

Le suivi consiste généralement à un scanner très complet tous les trois mois pour évaluer l'efficacité des thérapies utilisées ou l'absence de récurrence après le traitement local pour les stades localisés.



11) Le pronostic est-il en amélioration ?

Que ce soit pour les stades localisés ou métastatiques, la survie des patients est en hausse avec de nombreuses innovations. Néanmoins, le cancer bronchopulmonaire reste un cancer de mauvais pronostic, a fortiori le cancer à petites cellules.

12) Quand parle-t-on de guérison ?

On ne parle de guérison qu'après 5 ans de suivi sans récurrence de la maladie. Pour les formes localisées, on s'arrête assez rapidement de faire un traitement en réalisant un suivi par imagerie et clinique.

Dans les formes métastatiques, une fois la stabilité de la maladie obtenue et même en l'absence de maladie retrouvée sur les examens, on peut poursuivre un traitement à visée d'entretien pendant un certain temps.