

# DÉPISTAGE CANCERS THORACIQUES

Dr Sacha Gaillard

Pneumologue

SELARL SPIRAL

# CANCER BRONCHO- PULMONAIRE

# RAPPELS

- 3<sup>e</sup> rang cancers incidents
  - 46300 nouveaux cas (2018)
  - 67% hommes
  - Augmentation incidence femme (+5,3%/an)
- 1<sup>re</sup> cause de décès par cancer chez homme, 2<sup>e</sup> chez la femme (sein)
- Diagnostic à un stade métastatique (IV) : 40-55% VS 15-30% stade localisé (I-II)
- Cancer Bronchique Non à Petites Cellules (CBNPC)
  - Adénocarcinome (40-50%)
  - Carcinome épidermoïde (20%)
- Cancer Bronchique à Petites Cellules (CBPC) (15%)

# BILAN DIAGNOSTIC/PRE-THERAPEUTIQUE

- Bilan extension
  - TDM thoraco-abdominopelvien
  - TEP scanner
  - IRM cérébrale
- Diagnostic histologique
  - PDL1 (CBNPC)
  - Addiction oncogénique (CBNPC non épidermoïde) : EGFR, ROS, ALK, MET,HER 2, KRAS G12C (épidermoïde inclus)
- Bilan opérabilité (si éligible)
  - EFR, VO2 max, ETT, ...

# CLASSIFICATION/PRONOSTIC TNM 8<sup>e</sup> edition (2018)

- CBNPC

- Stade I-II (**localisé**) : **survie à 5 ans : 53%**
  - Chirurgie +/- traitement systémique adjuvant
  - Radiothérapie stéréotaxique (non opérable)
- Stade III (« localement avancé ») : **survie à 5 ans : 24%**
  - Discussion RCP +++
  - Chirurgie, chimiothérapie néo ou adjuvante
  - Radio-chimiothérapie et immunothérapie
- Stade IV (métastatique) : **survie à 5 ans : 4%**
  - Traitement systémique
    - Chimiothérapie – immunothérapie
    - Thérapie ciblée si addiction oncogénique
  - (formes oligométastatiques)

- CBPC

- Stade I à III (« localisé ») : **survie 20% à 5 ans**
  - Radio-chimiothérapie
- Stade IV (« diffus ») : **survie 1% à 5 ans**
  - Chimiothérapie – immunothérapie (stade IV)

QUID DÉPISTAGE 2023 ?

# SCANNER THORACIQUE FAIBLE DOSE

(sans injection)

- Pas de définition consensuelle
  - Produit dose-longueur < 100 mGy.cm
  - Indice Dose Scannographique Volume < 3 mGy
  - Dose théorique reçue (poumon) 0,2 mGy VS 20 mGy (TDM standard)
- Épaisseur max coupes 1,5 mm
- 2<sup>e</sup> lecture CAD (« Computer Assisted Detection ») recommandée
- Examen comparatif si disponible (**scanner initial +++**)
- Même centre – même appareil
- **Compte rendu-standardisé**

# QUELS RÉSULTATS ?

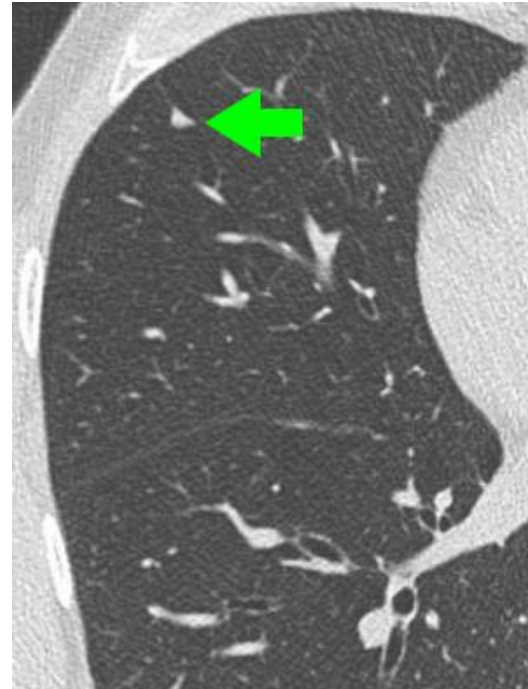
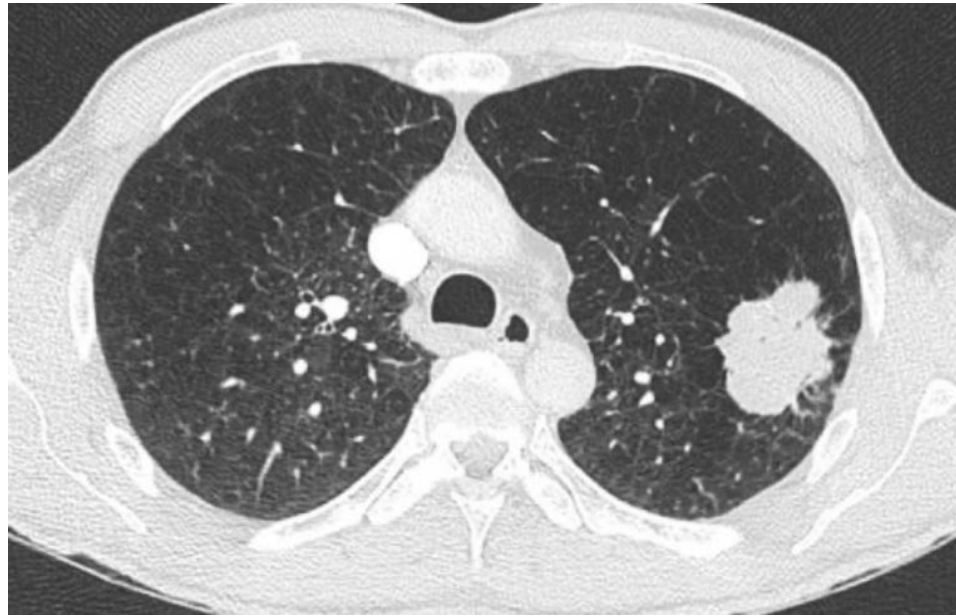
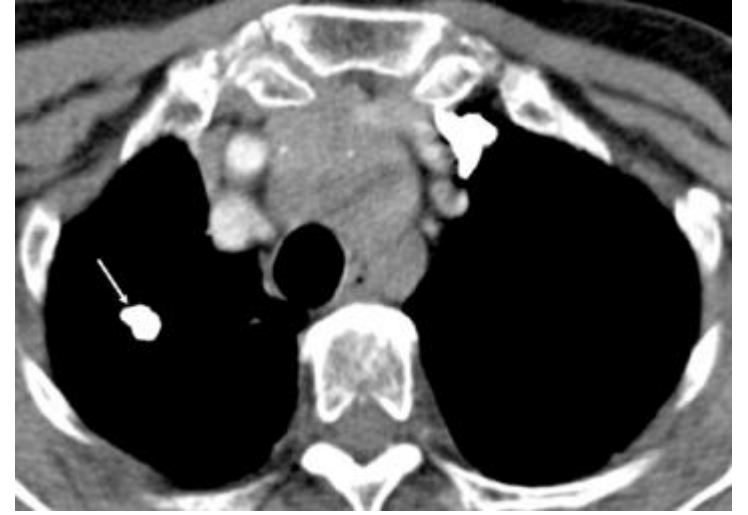
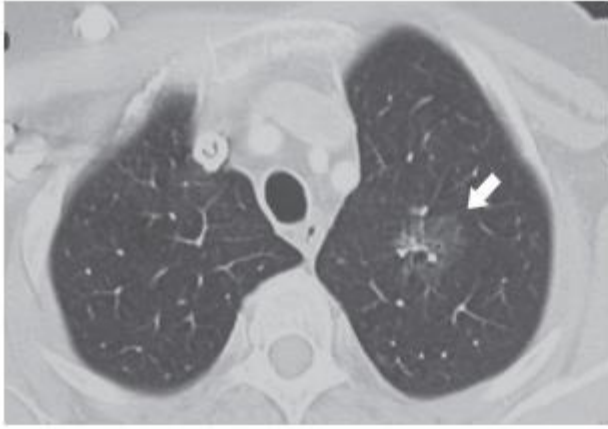
- **Nodules**

- Solides
- Verre dépoli
- Mixtes

- **3 SITUATIONS (selon protocole dépistage)**

- Dépistage négatif : pas d'anomalie ou lésion bénigne
  - Poursuite programme dépistage
- Dépistage positif : lésion hautement suspecte de malignité (T0 ou suivi)
  - Prise en charge diagnostique
- Dépistage « indéterminé » : nodule indéterminé
  - Algorithme de suivi spécifique





Essai (Pays)	Bras contrôle	Rythme des scanners (ans)								N° exp. N° cont.	Age								Tabac	Autres critères d'inclusion	Interp. Nodule	Résultat Mortalité par cancer du poumon (mortalité globale)	Durée du suivi
		0	1	2	3	4	5	6	7		8	45	50	55	60	65	70	75					
DEPISCAN 	Radio.									385 380								>15cig/ >20ans Ex. <15a		NELSON	Non évalué	<2 ans	
NLST 	Radio.									26722 26732								>30P1 Ex<15a		NLST <small>14mm</small>	-20% [0.73-0.93] (-6.7% [0.86-0.98])	6,5ans	
DANTE 	Radio T0 puis observ.									1264 1186									Hommes uniquement	NLST <small>13mm</small>	Groupé avec MILD -17% [0.61-1.12] (-11% [0.74-1.06])	8 ans	
MILD 	Observ.									2376 1723										NELSON	-39% [0.39-0.95] (-20% [0.62-1.03])	10 ans	
DLCST* 	Observ.									2052 2052								>20PA Ex<10a	VEMS >30%		+3% [0.66-1.6] (+2% [0.82-1.27])	5 ans	
ITALUNG* 	Observ.									1613 1593											-30% [0.47-1.03] (-17% [0.67-1.03])	10 ans	
LUSI* 	Observ.									2029 2023								>15cig/ >25a OR >10cig/ >30a Ex. <10y			M -6% [0.54-1.61] F -69% [0.10-0.96]	8,8 ans	
NELSON 	Observ.									7907 7915											M -24% [0.61-0.94] F -33% [0.38-1.14] (M +1% [0.92-1.11])	11 ans	
UKLS* 	Observ.									2028 2027									LLP≥5%		Non rapporté	-	
JECS 	Radio.									17500 17500								<30PA			En cours	-	
AME 	Observ.									3512 3145								>20PA Ex. <15a	ATCD fam / pers. cancer Exp. Professionnelle, tabac passif, huiles de cuissons	NLST <small>14mm</small>	En cours	-	



# Recommandations de l'Intergroupe francophone de cancérologie thoracique, de la Société de pneumologie de langue française, et de la Société d'imagerie thoracique sur le dépistage du cancer bronchopulmonaire par tomodensitométrie à faible dose d'irradiation



AVIS FAVORABLE

NELSON  
NLST

*Recommendations of French specialists on screening for lung cancer*

S. Couraud<sup>a,b,\*</sup>, G. Ferretti<sup>b,c</sup>, B. Milleron<sup>b</sup>,  
A. Cortot<sup>b,d</sup>, N. Girard<sup>b,e</sup>, V. Gounant<sup>b,f</sup>, F. Laurent<sup>g</sup>,  
O. Leleu<sup>b,h</sup>, E. Quoix<sup>b,i</sup>, M.-P. Revel<sup>j</sup>, M. Wislez<sup>b,k</sup>,  
V. Westeel<sup>b,l</sup>, G. Zalcman<sup>b,f</sup>, A. Scherpereel<sup>b,d</sup>,  
A. Khalil<sup>b,m</sup>

---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

**AVIS DEFAVORABLE**

---

RAPPORT

# Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : Actualisation de l'avis de 2016

Rapport d'orientation

Actualisation en 2022

# RAPPORT HAS

## 2022 (actualisation 2016)

- **3 méta-analyses**

- Diminution mortalité spécifique (RR =0,81)
- Diminution diagnostic stade tardif IV (RR=0,67)
- Augmentation diagnostic stade précoce I-II (RR =2,73)

- **MAIS**

- Augmentation sur diagnostic
  - Pas impact sur la mortalité toute cause
  - Faux positifs avec procédure invasive de 0,1 à 1,5%
  - **Hétérogénéité études (population cible, méthodologie)**
- Reconnaît la  $\searrow$  mortalité spécifique et diagnostic précoce
    - **Recommande « programme pilote »**

# RECOMMANDATIONS IFCT/GOLF/SIT

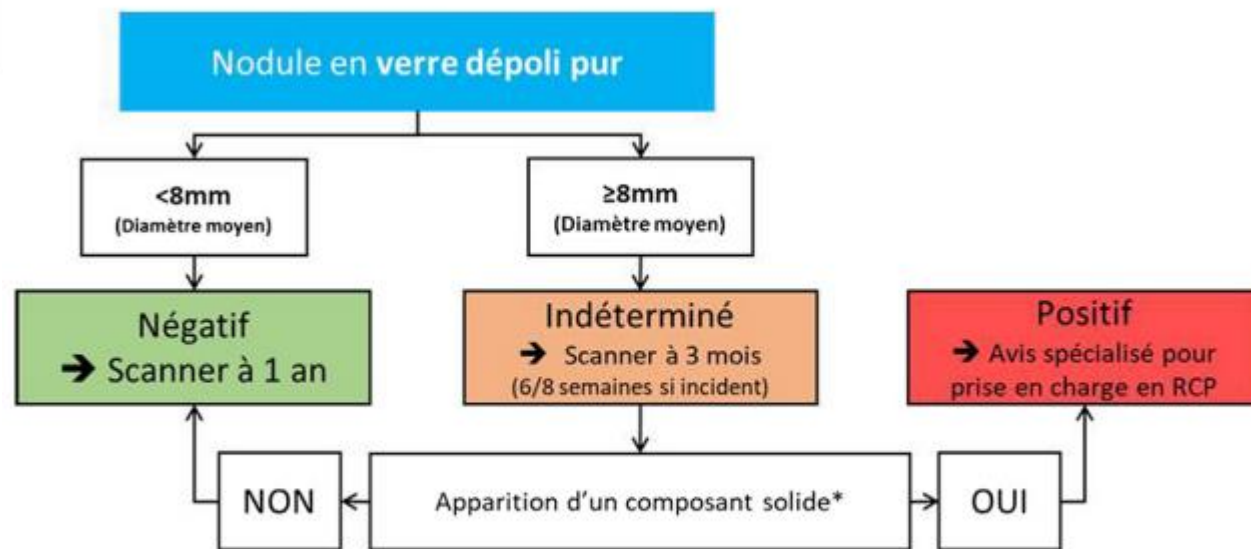
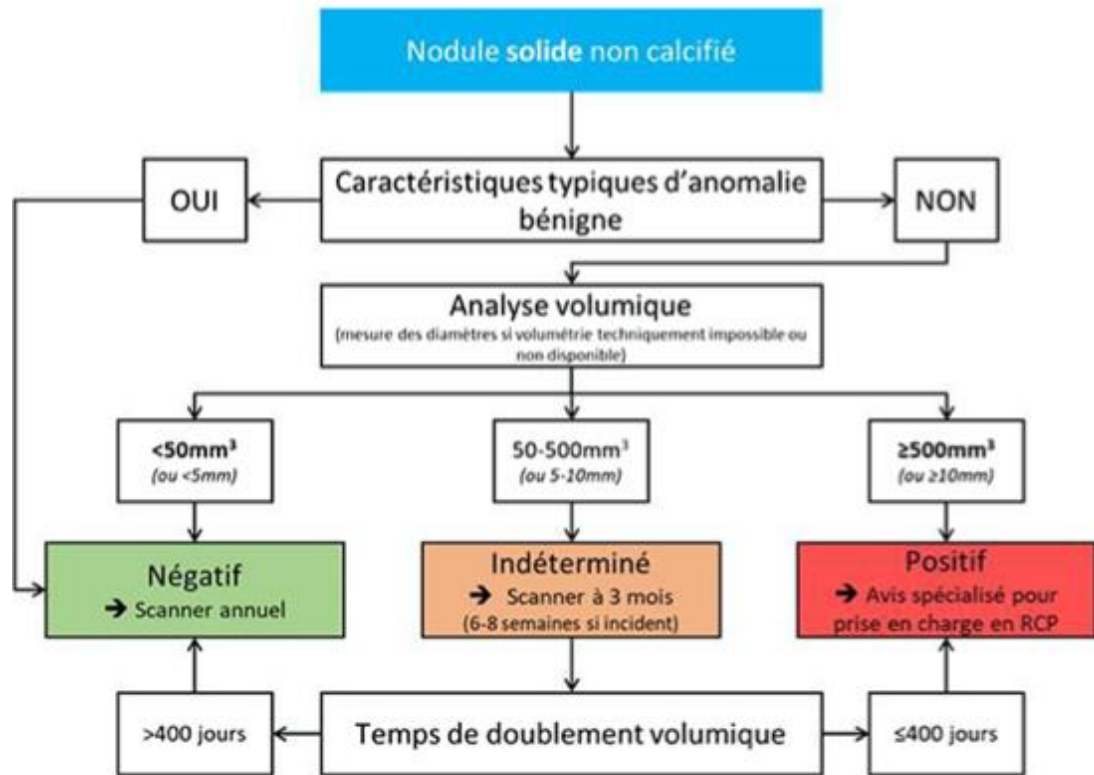
## *QUELLE POPULATION ?*

- Âge compris entre 50 et 74 ans
- Tabagisme > 10/j pdt > 30 ans ou > 15/j pdt > 25 ans, actif ou sevré depuis ≤ 10 ans (option 15 ans)
- Exclusion :
  - ATCD de cancer
  - Signes cliniques évocateurs de cancer
  - TDM thoracique pour une autre cause
  - Comorbidité(s) sévère(s) contre-indiquant les explorations thoraciques invasives
- Sevrage tabagique +++
- Information +++ (faux positifs, sur diagnostic, irradiation, ...)

# RECOMMANDATIONS IFCT/GOLF/SIT

*COMMENT ?*

- Intervalle :
  - Ne pas dépasser 2 ans
  - 2 premiers examens 1 an
    - Tous les 2 ans si dépistage négatif et pas autres FdR
    - Tous les ans si ATCD dépistage « indéterminé » ou autres FdR
- Durée : minimum 5,5 ans – 10 ans
- Algorithme décisionnel essai NELSON



\*La majoration de taille isolée (≥2 mm) d'une opacité en verre dépoli pur peut faire considérer un avis spécialisé.



# EN PRATIQUE ???

*Attitude personnelle*

- Doit-on suivre les recommandations ?
- Scanner thoracique initial au diagnostic BPCO
  - Risque cancer bronchique plus élevé
- Patient fumeur « symptomatique »
  - Toux chronique, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, AEG
- Exposition à l'amiante facilement identifiable

# EXPOSITION AMIANTE

# SUIVI PROFESSIONNEL (HAS)

## • EXPOSITION

- FORTE : expositions certaines, élevées, continues > 1 an, discontinues > 10 ans
- INTERMÉDIAIRE : toutes les autres situations d'exposition professionnelle documentée
- FAIBLE : expositions passives (ex : résidence, travail dans un local contenant de l'amiante floqué non dégradé)

## • MODALITÉS

- Scanner thoracique faible dose
  - Double lecture recommandée
  - CR standardisé
- Exposition forte
  - Latence minimale 20 ans
  - Tous les 5 ans
- Autres expositions
  - Latence minimale 30 ans
  - Tous les 10 ans

PAS BÉNÉFICE DÉMONTRE

Merci de votre attention