



Argumentaire en faveur d'un dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse dose chez les populations à risque

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer en France et dans le monde.

Chez l'homme, il provoque près 31 000 décès par an en France [Ferlay 2019; INCA 2017]. C'est donc la première cause de décès par cancer avant le cancer colorectal et celui de la prostate.

Chez la femme, il est la deuxième cause, derrière le cancer du sein ; son incidence et sa mortalité progressent fortement et ont augmenté respectivement de 5,4 et de 4,6% par an [Malvezzi 2015, INCA 2017].

Son mauvais pronostic est essentiellement lié au fait que la majorité des patients sont diagnostiqués à un stade avancé lorsque la chirurgie curative n'est plus réalisable.

En dépit des récents progrès thérapeutiques, la survie à 5 ans de ces stades avancés est de l'ordre de 10 à 15%. Inversement, lorsque le cancer est diagnostiqué au stade I, la survie à 10 ans dépasse 80%.

Diagnostiquer le cancer du poumon plus tôt, à un stade qui permet un traitement radical, contribuerait à sauver un nombre important de vies.

Histoire du dépistage

La communauté scientifique s'intéresse à ce dépistage depuis 50 ans (Recherches cliniques dès 1970 sur des approches cytologiques ou par imagerie thoracique par radiographie standard).

L'étude ELCAP publiée en 1999 aux Etats Unis a démontré que le scanner thoracique à basse dose permet une détection de nodule nettement supérieure à la simple radiographie du thorax. Ces résultats ont été confirmés dans l'étude randomisée PLCO portant sur plus de 150000 individus. L'étude ELCAP a également montrée son efficacité dans le diagnostic des cancers du poumon à un stade précoce, avant l'apparition de symptôme : chez 1000 fumeurs ou anciens fumeurs, le scanner basse dose a permis de déceler 27 cancers du poumon dont 23 étaient de stade I.

Récemment 2 études majeures, de puissance suffisante ont démontré une réduction de mortalité spécifique grâce au scanner basse dose régulier dans une population à risque

- l'étude américaine NLST (53454 sujets inclus) dont les résultats ont été publiés il y a maintenant 9 ans étudiait le dépistage régulier par scanner basse dose dans une population à risque. Il démontre que ce dépistage permet de réduire de 20% la mortalité spécifique, et la mortalité globale de 6,7 %.

Association De l'Air !
Patients, aidants, soignants
en lutte contre le cancer du poumon



<https://assodelair.fr/>

delair.association@gmail.com

1 rue Etienne Dolet 69600 Oullins

Le suivi de la cohorte NLST, témoigne également que le bénéfice du dépistage se prolonge dans le temps (10 ans plus tard), et démontre le faible impact du sur-diagnostic.

- **l'étude européenne NELSON** (15448 sujets inclus) dont les résultats ont été délivrés en septembre 2018, et qui viennent d'être publiés **dans *The New England Journal of Medicine* en février 2020** montre également une réduction significative de la mortalité spécifique, dès la 8^e année, de l'ordre de 25% chez les hommes et de 40 à 60% chez les femmes.

En 2019.

Le dépistage du cancer du poumon par STBD (Scanner Thoracique Basse Dose) est actuellement recommandé et pris en charge dans trois pays : les Etats Unis, le Canada et l'Australie et plus récemment la Croatie.

Un travail de synthèse a permis de décrire la population cible de ce dépistage ainsi que les caractéristiques des scanners basse dose utilisés.

En France, lors d'une réunion en 2018 des experts ont préconisé l'initiation du dépistage en France en débutant par la mise en place d'expérimentations de grande ampleur dans des territoires pilotes.

L'HAS refuse la mise en place du dépistage du cancer du poumon chez une population ciblée de fumeurs, en France, pour les motifs suivants :

- freins liés au fait de dépister

La détresse psychologique touchant le patient chez qui on découvre une anomalie (cela pourrait concerner 30% des scanners de dépistage réalisés).

Pour l'association De l'Air !, qu'en est-il de la détresse psychologique du patient qui n'a pas été dépisté à temps et se retrouve avec un stade métastatique, inopérable et avec un très mauvais pronostic.

- freins liés à la technique de dépistage

Les dommages potentiels dérivés des tests invasifs.

On estime que le dépistage épargne 20 fois plus de vies qu'il n'induit de décès du fait des explorations complémentaires.

Le risque de sur-diagnostic.

Le suivi de la cohorte NLST a démontré le faible impact sur le taux du sur-diagnostic (3%).

- freins liés aux organisations de santé.

Le coût de mise en place.

La détection précoce des cancers du poumon entraînerait une réduction conséquente des coûts de prise en charge : traiter des stades avancés avec de nouvelles molécules pour des survies moyennes encore très limitées revient très cher. Le dépistage permettrait non seulement d'économiser des vies mais aussi des fonds publics.

De plus, une estimation du coût du dépistage montre que pour prendre en charge 65% de la population de fumeurs ciblée, il suffirait de prélever 0,07€ sur les augmentations du prix de vente du tabac.

Le nombre de radiologues (8 700 radiologues en France),

Le nombre de scanners (seulement 1 200 machines),

Une population éligible au dépistage du cancer du poumon comprise entre 1,6 et 2,2 millions de personnes.

Par expérience, la montée en charge de ce type d'action est progressive et permet au système de santé de s'adapter.

Association De l'Air !
Patients, aidants, soignants
en lutte contre le cancer du poumon



<https://assodelair.fr/>

delair.association@gmail.com

1 rue Etienne Dolet 69600 Oullins

Il n'existerait pas à ce jour d'organisation claire de certaines données du dépistage:

Quelle population est éligible ?

Comment amener cette population au dépistage ?

En aval du dépistage: quel dispositif de en charge des examens complémentaires d'un dépistage douteux ou positif: par exemple "gestion" découverte d'un nodule pulmonaire.

Les groupes d'experts et sociétés savantes sont arrivées à une définition générale de la population cible et des prises en charge des examens complémentaires qui se feraient dans les centres experts existants.

Population cible = hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans. Tabac ≥ 25 ans (sevré ≤ 10 ans). Scanner tous les 2 ans après deux tests négatifs espacés d'un an.)

Bénéfices du dépistage

Le scanner thoracique basse dose ne permet pas seulement la recherche de cancer pulmonaire, cet examen apporte également des informations précieuses sur :

- d'autres pathologies pulmonaires comme les lésions d'emphysème pulmonaire,
- le système cardiovasculaire calcifications coronaires, dilatation aortique, volume cardiaque,
- l'état osseux avec un score calcique: déformation vertébrales, ostéoporose.

D'autant que ces différentes anomalies peuvent être également liées au tabagisme.

C'est donc une évaluation du risque multidimensionnelle, grâce à un examen simple, non invasif et faiblement irradiant.

La politique de prévention du tabagisme, informations, hausse du prix du tabac, semble agir sur la mortalité par cancer du poumon chez l'homme (-2,2% entre 2005 et 2012) mais pas chez la femme chez qui on constate une nette augmentation (entre 2005 et 2012 +4,6% par an en moyenne). Ces actions semblent donc très longues à agir et de résultats incertains.

Le dépistage par scanner thoracique basse dose semble un moment très facilitateur pour accompagner le patient vers une aide au sevrage du tabac.

Le dépistage par scanner thoracique basse dose, peut permettre de changer la vision très péjorative portée par le cancer du poumon en en faisant un cancer guérissable si pris en charge précocement.

Les molécules innovantes actuellement utilisées ont souvent fait l'objet de procédures accélérées au niveau des essais thérapeutiques, pourquoi n'applique-t-on pas ce type de procédure au dépistage.

Depuis 5 ans, 11 000 à 37 000 décès auraient pu être épargnés en France.

Rappelons la question au gouvernement du sénateur Stéphane Demilly le 16 janvier 2019 à propos de ce dépistage et la réponse de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.

Extrait :

...« Nous attendons les résultats de l'étude NELSON – dont vous avez parlé – menée à l'échelle européenne. Nous avons à nouveau saisi la HAS pour qu'elle émette un avis. C'est inscrit dans son programme de travail rendu public en janvier 2019. Elle devrait donc se prononcer sur l'opportunité de généraliser ce dépistage et fixer les conditions pour que sécurité et qualité soient garanties à tous nos concitoyens, comme il se doit. Le travail est en route, monsieur le sénateur. »...

Il devient incompréhensible que ce dépistage du cancer du poumon (dans la population ciblée définie et selon les moyens décrits par les groupes d'experts) souhaité par les

Association De l'Air !
Patients, aidants, soignants
en lutte contre le cancer du poumon



1 rue Etienne Dolet 69600 Oullins

<https://assodelair.fr/>

delair.association@gmail.com

experts, les société savantes, les patients et leurs familles ne soit pas reconsidéré à la lumière des connaissances actuelles et mis en œuvre le plus rapidement possible.

Tout retard de mise en place de ce dépistage entrainerait une perte de chance inadmissible pour les patients.

Le 3 mars 2020

Mme Suzy Sauvajon

Présidente de l'association De l'Air !