

Maladies pulmonaires: progrès ou état stationnaire?

Erich W. Russi

Il y a dix ans furent publiés les premiers résultats de la chirurgie de réduction du volume pulmonaire («lung volume reduction surgery»: LVRS). On opérât les patients qui souffraient d'une détresse respiratoire massive au moindre effort en raison d'un emphysème pulmonaire avancé. L'impressionnante réduction de la dyspnée d'effort observée chez les patients sélectionnés ainsi que l'amélioration de la fonction pulmonaire ne pouvaient pas s'expliquer par un effet placebo. Il s'agit d'un procédé à première vue irrationnel qui, en rapetissant un poumon déjà fonctionnellement diminué et en diminuant l'hyperinflation, améliore les propriétés mécaniques de l'appareil respiratoire et réduit ainsi le travail respiratoire sans compromettre l'échange des gaz. Les concepts physiopathologiques traditionnels en furent bousculés et de nouvelles perceptions intéressantes se sont fait jour, notamment parce qu'on disposait dès lors, outre la transplantation pulmonaire, d'un nouveau traitement palliatif également envisageable chez les patients âgés (>60 ans), pour une maladie jusqu'ici à peine influençable. Pourtant aux Etats-Unis, cette opération est rapidement tombée en disgrâce en raison d'une létalité péri-opératoire inacceptable. Dans de nombreux centres, y compris ceux possédant une expérience plus modeste en chirurgie thoracique, on avait opéré des patients inéligibles, mal sélectionnés.

Quelques petites études prospectives randomisées publiées ces dernières années et le National Emphysema Treatment Trial (NETT) récemment paru [1] confirment les résultats favorables obtenus dans de nombreuses séries de cas très étendues. Dans le cadre du NETT, on a, dans 17 centres américains, randomisé au total 1290 patients assignés soit à un groupe de traitement conservateur, soit à un groupe de traitement chirurgical. En comparaison avec les personnes du groupe contrôle, les patients qui étaient très limités avant l'intervention ont profité après celle-ci d'une amélioration de la détresse respiratoire, de la fonction pulmonaire et de la capacité fonctionnelle. Après deux ans, le même nombre de patients étaient toujours en vie dans les deux groupes. La LVRS constitue aujourd'hui une mesure de traitement palliatif valable, qui devrait être envisagée après épuisement de tous les traitements connus chez

des patients correctement sélectionnés, souffrant d'emphysème sévère.

Récemment ont été publiés les premiers résultats d'un procédé décrit comme une réduction de volume par voie bronchoscopique [2, 3]. Ce procédé consiste à placer des valves à sens de ventilation unique dans les bronches segmentaires ou sous-segmentaires de portions pulmonaires très hyperinsufflées; ces valves sont introduites au bout d'un fil conducteur à travers un endoscope flexible. Ces interventions se sont déroulées avec étonnamment peu de complications et ont permis, chez quelques patients, une amélioration décisive de la dyspnée et de la fonction pulmonaire. Il est encore trop tôt pour se forger une opinion définitive sur l'efficacité de ce procédé ainsi que d'autres interventions endobronchiques étudiées aussi chez nous.

Le cancer du poumon est partout dans le monde la cause la plus importante de décès par cancer chez les hommes et chez les femmes. En dépit de concepts interdisciplinaires modernes de traitement, la survie à cinq ans après le diagnostic est d'au maximum 15%, un bilan vraiment macabre. Diverses études publiées dans les années 70 ne parvinrent pas à prouver qu'un screening des fumeurs par la radiographie du thorax, en partie en combinaison avec une cytologie des expectorations, était de nature à réduire la mortalité.

La sensibilité de la tomographie spiralée computerisée pour la découverte d'un petit foyer rond pulmonaire, manifestation la plus fréquente d'un cancer pulmonaire au début, est significativement supérieure à celle d'une radiographie conventionnelle du thorax. Pourtant, plus de 95% des petits foyers ronds découverts chez les fumeurs ne sont pas malins. Pour le diagnostic différentiel, on a donc besoin d'algorithmes diagnostiques non invasifs simplement applicables. Ceux-ci prennent en compte l'épaisseur, la grandeur et la modification de grandeur des lésions. Mais cela implique des examens de contrôle sur deux ans au minimum.

Récemment, fut publiée une large étude sur la combinaison du CT à basse dose d'irradiation avec le PET [4]. Ce procédé a permis de réduire à une année le temps nécessaire pour la différenciation non invasive entre altérations bénignes et malignes.

Il est maintenant démontré que les procédés

Correspondance:
Pr Erich W. Russi
Abteilung für Pneumologie
Departement Innere Medizin
Universitätsspital
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich

erich.russi@usz.ch

modernes d'imagerie permettent, dans une population de fumeurs de cigarettes asymptomatiques, de découvrir le carcinome pulmonaire à un stade plus précoce. Pourtant jusqu'à maintenant, on n'a pas démontré que ces procédés onéreux diminuent la mortalité due au cancer pulmonaire dans une population soumise au dépistage. A cet égard, il faudra attendre encore de nombreuses années pour obtenir les résultats d'une grande étude débutée en automne 2002 sous la direction du

National Cancer Institut aux Etats-Unis. Cette étude multicentrique, prospective et randomisée, portant sur 50 000 personnes [5], compare la radiographie du thorax à la tomographie computerisée pour le dépistage. Il n'en reste pas moins qu'il faut continuer à éviter le plus important facteur de risque, à savoir le tabagisme, seule mesure dont on a prouvé qu'elle diminue la mortalité due au cancer du poumon.

(Traduction Dr Bernard Croisier)

Références

- 1 Nett trialists. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med* 2003;348:2059-73.
- 2 Toma TP, Hopkinson NS, Hiller J, Hansell DM, Morgan C, Goldstraw PG, et al. Bronchoscopic volume reduction with valve implant in patients with severe emphysema. *Lancet* 2003;361:931-3.
- 3 Snell GJ, Holsworth L, Borrill ZL, Thomson KR, Kalf V, Smith JA, et al. The potential for bronchoscopic lung volume reduction using bronchial prostheses. A pilot study. *Chest* 2003; 124:1073-80.
- 4 Pastorino U, Bellomi M, Landoni C, De Fiori E, Arnaldi P, Picchio M, et al. Early lung-cancer detection with spiral CT and positron emission tomography in heavy smokers: 2-year results. *Lancet* 2003;362: 593-7.
- 5 <http://www.cancer.gov/nlst>