# Dépistage par CT du carcinome du poumon dans les groupes à risque: devons-nous enterrer tout espoir?

Albrecht Breitenbücher,
Reto Krapf
Kantonsspital Bruderholz

Il semble logique de diagnostiquer précocement les cancers du poumon par dépistage dans les groupes à risque et de guérir ces patients par une résection, car ce cancer représente toujours la cause de décès la plus fréquente dans nos populations. La survie globale à cinq ans n'est que de 10–15%, alors qu'elle atteint 60–75% pour les patients opérés à un stade précoce. Mais le dépistage du carcinome bronchique n'est pas recommandé, contrairement à celui d'autres tumeurs car, dans les années 1970, plusieurs grandes études randomisées ont montré qu'il n'y avait aucun avantage à faire un dépistage par cytologie des expectorations et radiographie du thorax.

Le développement des CT hélicoïdaux et multibarettes, qui permettent de réduire l'épaisseur de la coupe et donnent une meilleure résolution que le simple cliché thoracique ou le CT conventionnel, a ravivé l'intérêt du dépistage. Seules quelques études d'observation à un bras (sans groupe témoin) ont été publiées jusqu'ici, dont l'étude I-ELCAP avec plus de 30000 fumeurs ou ex-fumeurs asymptomatiques dépistés par CT [1]. Un carcinome bronchique a été découvert chez 484 participants, dont 85% au stade I. La survie de ces patients a atteint 88–92%.

Alors que certains cliniciens considèrent de tels résultats comme preuve de l'intérêt du dépistage et mettent sur pied des actions médiatiques ad hoc, les critiques mettent en avant les nombreux traquenards ou biais épidémiologiques, dont le «lead time bias» (anticipation du moment du diagnostic, mais sans aucun bénéfice pour le sujet), le «length time bias» (sélection de cas à bon pronostic, car ces tumeurs à croissance lente sont plus facilement découvertes au dépistage) ou l'«overdiagnosis bias» (tumeurs à croissance très lente, sans aucune influence sur la survie).

De plus, la découverte de tumeurs non malignes, avec tous les examens et éventuelles opérations qu'elle impose, pose un énorme problème. La preuve que le dépistage fonctionne n'est donc donnée que si la mortalité de telle ou telle tumeur dans le groupe avec dépistage est inférieure à ce qu'elle est sans dépistage. Il faut pour cela de grandes études randomisées et contrôlées à deux bras. Elles sont en cours, mais les résultats ne sont attendus que dans quelques années (The National Lung Screening Trial, NLST: 50000 fumeurs, de même que des études en Hollande et Belgique avec 16000 personnes).

Il s'avère maintenant déjà que les résultats seront probablement tout aussi décevants que ceux des études des années 1970. Une analyse longitudinale récemment publiée de 3246 fumeurs ou ex-fumeurs, ayant subi un dépistage annuel par CT, a comparé le nombre de carcinomes pulmonaires nouvellement diagnostiqués, de résections, de carcinomes à un stade avancé et de décès par ces cancers à leur nombre prévisible sur la base d'un modèle prédictif validé dans un collectif à haut risque sans dépistage. Il y a eu, il est vrai, davantage de carcinomes pulmonaires et de résections que prévus, mais paradoxalement pas de diminution du nombre de carcinomes pulmonaires à un stade avancé ni de celui des décès par ces cancers [2].

Bien que ces résultats soient grevés de nombreuses limitations, ils montrent qu'un «overdiagnosis» pourrait jouer un rôle. Des résultats très récents iraient dans le même sens, qui ont montré que les carcinomes bronchoalvéolaires et une partie des adénocarcinomes bien différenciés peuvent avoir une croissance très lente.

Le dépistage n'est pas sans risque: avec une collimation CT de 5 mm ou moins, ce qui est normal pour les appareils modernes, 40–50% des sujets présentent un ou plusieurs nodules périphériques dont la très grande majorité a un diamètre inférieur à un centimètre et est bénigne. Lors des contrôles annuels subséquents, 10% environ des cas présentent de nouveaux nodules, un peu plus souvent malins mais en majorité toujours bénins. Ces découvertes doivent être contrôlées par CT ou de manière invasive, ce qui est le cas pour 20–30% des sujets ayant des résultats pathologiques (cette incidence est inférieure à celle du cancer du sein).

Le risque d'irradiation excédentaire est difficile à quantifier, mais ne doit en aucun cas être négligé. La dose reçue après un CT du thorax est relativement élevée, avec une dose équivalente effective de 3–27 mSv, ce qui correspond à environ 100 clichés du thorax face et profil. Les CT low-dose pourraient à l'avenir diminuer nettement le rayonnement (0,3–0,55 mSv), avec la même sécurité diagnostique.

En résumé, et dans l'attente des résultats des nouvelles études, il n'est pas possible de recommander un screening chez les personnes asymptomatiques. Nous ne devons pas encore enterrer l'espoir du diagnostic précoce et de la guérison du carcinome pulmonaire, mais nous pouvons admettre qu'un dépistage sera indiqué uniquement dans les groupes à risque particulièrement élevé (personnes âgées, fumeurs, patients souffrant de BPCO ou présentant des facteurs de risque professionnels).

Correspondance:
Dr Albrecht Breitenbücher
Leitender Arzt Pneumologie
Kantonsspital Bruderholz
CH-4101 Bruderholz
albrecht.breitenbuecher@ksbh.ch

**Références**

1 Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, et al. The International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Survival of Patients with Stage I Lung Cancer detected on CT Screening. N Engl J Med. 2006;355:1763–71.
2 Bach PB, Jett JR, Pastorino U, Tockman MS, Swensen SJ, Begg CB. Computed tomography screening and lung cancer outcomes. JAMA. 2007;297:953–61.