

# La 11<sup>ème</sup> Journée Annuelle d'Oncologie Thoracique

**J.-P. Sculier**

Unité de Soins Intensifs Médico-Chirurgicaux & Oncologie Thoracique, Institut Jules Bordet

La 11<sup>ème</sup> Journée Annuelle d'Oncologie Thoracique s'est tenue à l'Institut Bordet le 6 mars 2010. La session thématique de la matinée avait pour thème " *Quels critères pour un traitement radical d'un cancer bronchique ?* ". L'objectif était de présenter et de discuter avec notre public de médecins, d'infirmières et d'étudiants les recommandations élaborées par l'*European Respiratory Society* (ERS) et qui ont été publiées tout récemment<sup>1</sup>. Six exposés ont couvert l'ensemble du sujet sous la présidence de Jean-Jacques Lafitte (Lille) et de Paul Van Houtte (Bruxelles). Anne Charloix (Strasbourg) a d'abord présenté des recommandations faites pour les bilans cardiaque et pulmonaire. Elle a argumenté l'algorithme proposé par le groupe de travail qu'elle a présidé à l'ERS. Il convient tout d'abord de juger de l'aptitude cardiaque du patient à subir le traitement radical. Le malade ne doit pas être systématiquement référé au cardiologue mais seulement en cas de problème identifié par l'examen clinique initial. Le bilan respiratoire reposera sur la spirométrie (VEMS) et l'évaluation des échanges gazeux (DLCO). En cas d'anomalie, on réalisera une épreuve d'effort. Jean-Paul Sculier (Bruxelles) a ensuite revu les indications d'une résection limitée dans le contexte d'un patient inapte à subir une chirurgie radicale (lobectomie, pneumectomie). La résection limitée peut consister en une segmentectomie ou en une résection en coin (*wedge*). Celle-ci ne doit idéalement être réalisée qu'en cas de petite tumeur inférieure à 2 cm. Dirk De Ruysscher (Maastricht) a abordé les critères à remplir pour pouvoir bénéficier d'une radiothérapie radicale avec ou sans chimiothérapie. Il n'y a pas beaucoup de bonnes études pour pouvoir recommander à l'heure actuelle un choix basé sur des critères objectifs et il est inadéquat d'appliquer dans ces situations les règles utilisées pour les interventions chirurgicales. Marc Licker (Genève) a présenté les recommandations sur l'encadrement péri-opératoire des malades. Il a insisté sur le fait que les patients ne doivent pas être systématiquement admis en unité de soins intensifs en période postopératoire. La plupart peuvent séjourner dans une unité de soins intermédiaires avec du personnel formé aux complications de la chirurgie thoracique. Jean-Paul Sculier a ensuite parlé de l'organisation de la prise en charge qui devra être multidisciplinaire. Le

recours à un chirurgien thoracique qualifié est un important facteur pronostique tant à court terme qu'à long terme. Le volume d'interventions réalisées dans l'institution hospitalière est également un facteur influençant les résultats de la chirurgie. Il en est de même d'ailleurs pour la radiochimiothérapie. Pour la chimiothérapie, il n'y a pas de données disponibles pour recommander une organisation particulière. Anne Charloix a clôturé la séance en présentant une synthèse des recommandations et en mettant en perspective l'ensemble des communications présentées auparavant.

La table ronde de l'après-midi a été consacrée à un sujet d'actualité " *La lutte antitabac : où en sommes-nous en 2010 ?* ". Elle s'est déroulée sous la présidence de Jean-Jacques Lafitte et de Jean-Paul Sculier et en présence de membres et de sympathisants du comité *Vaincre*, association de patients et de familles victimes du cancer bronchique. La discussion a été précédée de deux exposés remarquables donnés par Luc Joosens (Association européenne des Ligues contre le cancer) et Gérard Dubois (professeur de santé publique, Amiens). Ils ont respectivement fait le point sur la situation en Belgique et en France. Dans notre pays, les enquêtes les plus récentes montrent une reprise du tabagisme et une augmentation de la vente des produits du tabac. En France, la situation s'était bien améliorée avec les décisions musclées prises dans le cadre du plan cancer du président de la république avec notamment de fortes augmentations du prix des cigarettes. Malheureusement, un moratoire sous la pression des buralistes a arrêté la poursuite de l'escalade des mesures avec comme conséquence une régression après la forte chute observée du nombre de fumeurs. Les orateurs ont mis en évidence l'organisation particulièrement pernicieuse des industriels du tabac, allant jusqu'à organiser eux-mêmes la contrebande pour contourner les lourdes taxes frappant leurs produits dans les pays industrialisés<sup>2</sup>. Les interventions des hommes politiques peuvent être nocives si elles vont à contre-courant de la lutte antitabac comme nous l'avons observé récemment en Belgique où un leader politique est parvenu *in extremis* à reporter l'interdiction totale du tabagisme dans le secteur des cafés et restaurants. Le débat a vu l'intervention de diverses personnalités :

Thierry Berghmans (oncologue), Raphael Lecroart (président du comité de patients *Vaincre*), Darius Razavi (psychiatre), Corinne Van Vannimenu-Hayem (tabacologue) et Jean-Paul Van Vooren (président du Fonds des Affections respiratoires – FARES). Il en est ressorti l'importance d'une part d'augmenter les taxes et d'autre part d'interdire le tabagisme dans les lieux publics, notamment le secteur des cafés et restaurants. La publicité doit être abolie. L'action au niveau scolaire est moins rentable. Le sevrage doit être encouragé chez le fumeur, par un accompagnement médical qui doit être beaucoup mieux financé que ce qu'il n'est actuellement. La table ronde

a eu un grand retentissement dans la presse écrite et orale en Belgique, faisant la une du journal *Le Soir* du lundi 8 mars.

### Références

1. Brunelli A, Charloux A, Bolliger CT *et al.* : ERS/ESTS clinical guidelines on fitness for radical therapy in lung cancer patients (surgery and chemo-radiotherapy). *Eur Respir J* 2009 ; 34 : 17-41
2. Dubois G : *Le Rideau de Fumée, les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*. Paris, Seuil, 2003