

Expertise locale du cancer du poumon sur 8 ans

Au niveau de l'unité hommes du service d'Oncologie Médicale du Centre Pierre et Marie Curie

E. KERBOUA⁽¹⁾, S. OULDHADJ⁽¹⁾, M. HAMZAOUT⁽¹⁾, W. BOULFOUL⁽¹⁾, S. LANASRI⁽¹⁾, F. OUDJIDA⁽²⁾, K. BOUZID⁽¹⁾

(1) Oncologie Médicale Centre Pierre & Marie Curie, Alger.

(2) Service d'Anatomie Pathologie, CHU Issaad Hassani, Béni Messous, Alger.



Résumé

Nous rapportons par cette étude rétrospective les résultats de la prise en charge des Cancers Bronchiques Non à Petites Cellules (CBNPC) dans l'unité hommes du Service d'Oncologie Médicale sur 8 ans. L'objectif étant d'avoir une idée sur le profil épidémiologique des patients algériens et d'identifier les contraintes et les faiblesses du diagnostic (clinique, radiologique, histologique et moléculaire), et du traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée et immunothérapie). Cette série pourrait servir de rationnel pour une étude prospective afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie.

>>> Mots-clés :

CBNPC, étude rétrospective, contraintes et faiblesses de prise en charge.

Introduction

Les différentes armes thérapeutiques du cancer du poumon sont adaptées à chaque cas, elles devraient être organisées de manière à concilier efficacité thérapeutique et qualité de vie. Cette organisation de soin se caractérise par une articulation et une coordination entre les actions de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du cancer du poumon et qui se prolongera après la fin des traitements.

Les étapes du parcours de soins d'un patient (bilan initial, thérapeutique, suivi) devraient être bien définies pour un résultat maximal. Par cette modeste étude nous avons essayé d'identifier les contraintes et les faiblesses de notre prise en charge.

Patients-Méthodes

Il s'agit d'une série rétrospective de Janvier 2011 à Décembre 2018, 200 patients traités pour CBNPC et 50 patients pour CPC dans l'unité hommes du Service d'Oncologie Médicale au Centre Pierre et Marie Curie d'Alger. Nos données portent uniquement sur les CBNPC.

Abstract

We report through this retrospective study the results of the management of Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) in the Male Unit of the Medical Oncology Department over 8 years, the objective is to have an idea of the epidemiology of Algerian patients and to identify constraints and weaknesses in diagnosis (clinical, radiological, histological and molecular) and treatment (surgery, radiotherapy, chemotherapy, targeted therapy and immunotherapy). This series could serve as a rationale for a prospective study in order to improve the management of this pathology.

>>> Key-words :

NSCLC, retrospective study, constraints and weaknesses in the management.

Résultats

Les caractéristiques de nos patients sont résumées dans le tableau 1. Le sex-ratio est de 10H/1F avec un âge moyen de 60 ans (34-83) (figure 1).

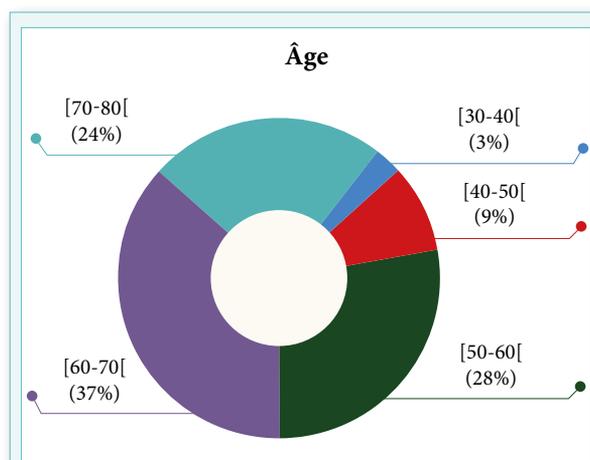


Figure 1 : Répartition selon l'âge (ans)

60% sont fumeurs avec une moyenne de 50 paquets/année.

Le mode de découverte le plus fréquent sont les signes respiratoires avec une proportion de 55%, les signes neurologiques sont retrouvés dans 18%, les douleurs osseuses témoignant d'une extension dans 12%, des syndromes paranéoplasiques dans 5%, et enfin dans 4% des cas il s'agit d'une découverte fortuite chez des gros fumeurs ou lors de consultation de médecine du travail (figure 2).

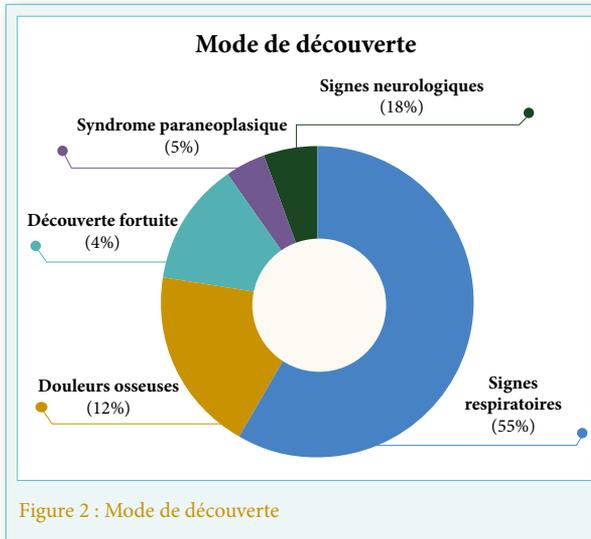


Figure 2 : Mode de découverte

Le délai moyen de diagnostic est de 45 jours. Le diagnostic a été posé par biopsie bronchique et transpariétale dans 30% des cas respectivement, une biopsie cérébrale dans 15%, ce qui n'est pas du tout négligeable, 9% par biopsie ganglionnaire, 8% par biopsie chirurgicale et 6% par biopsie osseuse.

Des formes associées à d'autres cancers ont été retrouvées (4 cancers du sein, 3 cancers de vessie, 2 cancers du larynx, 2 cancers de la prostate, 1 cancer du testicule et 1 cancer du cavum).

Sur le plan histopathologique l'immunohistochimie a été réalisée systématiquement pour tous les prélèvements. Nous avons colligé 115 adénocarcinomes, 55 carcinomes épidermoïdes et 30 autres.

La mutation EGFR a été recherchée pendant cette période chez 50 patients uniquement avec 10 positifs, 2 patients ont présenté secondairement la mutation T790M, 2 patientes étaient ALK positives, 1 patient PDL1 100%, 8 patients PDL1 >50%.

Les stades localement avancés et métastatiques sont les plus fréquents avec des taux respectifs de 20% stades IIIB et 65% stades IV.

Les sites métastatiques les plus fréquents sont l'os et le cerveau (30% et 27%) (figure 3).

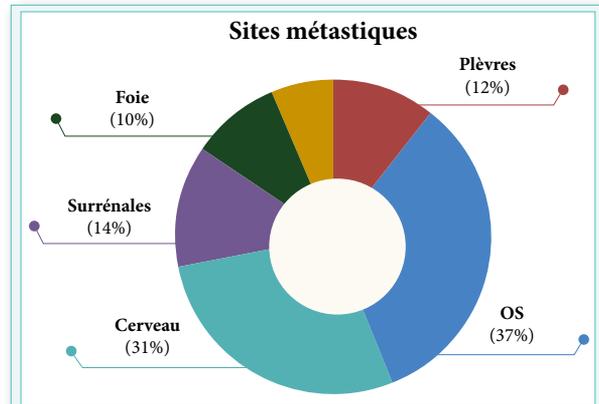
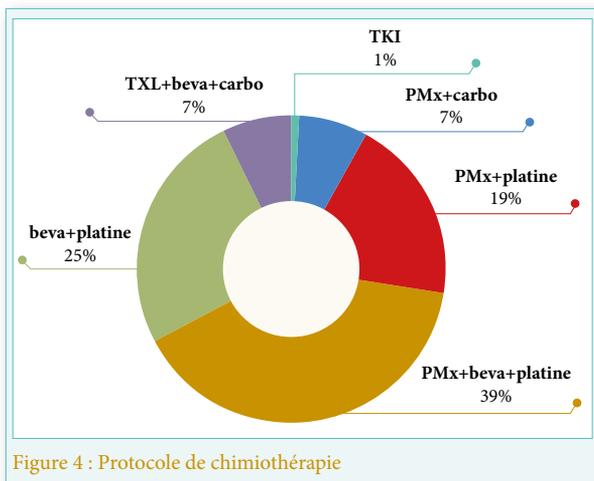


Figure 3 : Sites métastatiques

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

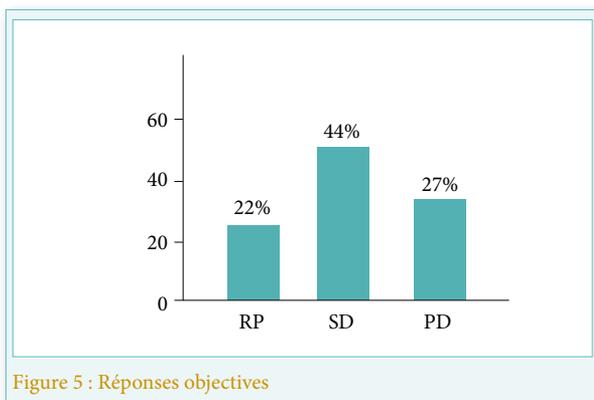
Paramètres	Résultats
Age moyen (ans)	60 (34-83)
Sexe	10 H / 1F
Status tabagique	60% Fumeurs / Moy. 50 paquets/année
Mode de découverte	55% signes respiratoires 18% signes neurologiques 12% douleurs osseuses 5% syndrome paranéoplasiques 4% découverte fortuite
Diagnostic	30% Biopsie bronchique 30% Biopsie trans pariétale 15% Biopsie cérébrale 9% -Biopsie ganglionnaire 8% Biopsie chirurgicale 6% Biopsie osseuse
Type Histologique	Adénocarcinomes n=115 Carcinome épidermoïde n=55 Autres n=30
Status moléculaires	EGFR mutés n=10 ALK + n=2 Mutations T790M n=2 PDL1 100% n=1 PDL1 >50% n=8
Stades	IB 1% IIA 1% IIB 2% IIIA 12% IIIB 20% IV 65%
Sites métastatiques	Os 30% Cerveau 27% Surrénale 14% Plèvre 12% Foie 10% Ganglions 7%

- Le traitement : 80% des patients ont été traités par chimiothérapie (en moyenne deux lignes) (figure 4), dont 60% avec bevacizumab, 4 patients par TKI dont 10 en 1^{ère} ligne (gefitinib), et 5 en 2^{ème} ligne (erlotinib), 4 patients par immunothérapie (pembrolizumab), 60 patients ont bénéficié d'une maintenance dont la durée moyenne est de 8 mois (2-28) :
- 6 mois pour le pémétréxed (0-24)
- 10 mois pour le Bevacizumab seul (2-28)
- 3 mois pour Pémétréxed associé au bevacizumab (2-6)

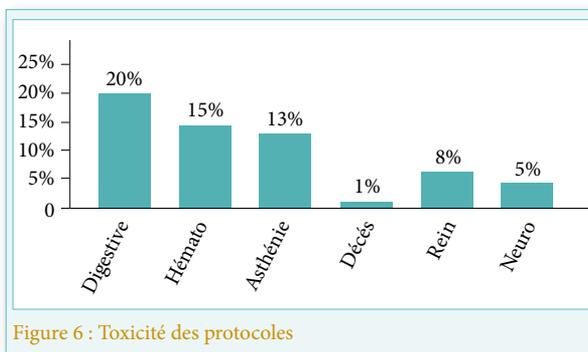


Quarante-trois patients ont subi une radiothérapie encéphalique, 10 patients par radiothérapie décompressive, 15 patients ont bénéficié d'une chirurgie première ; et 10 patients ont eu une radiothérapie locorégionale. Les réponses objectives (Figure 5) sont comme suit :

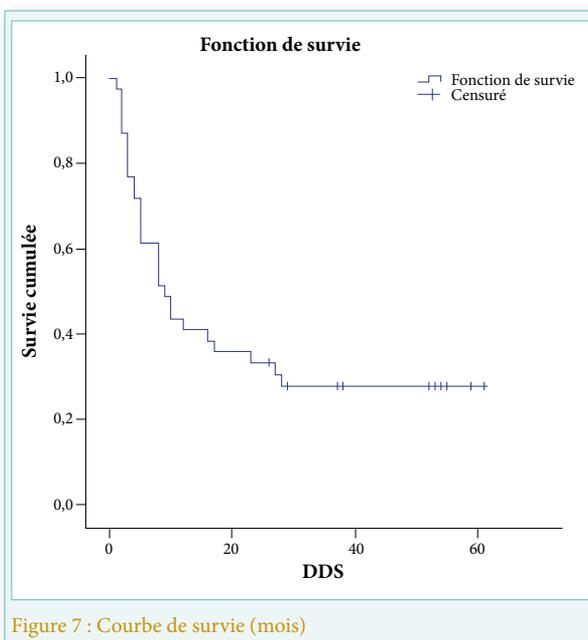
- Réponses partielles : 22%
- Stabilisations : 44%
- Progressions : 27%



La toxicité digestive a été la plus fréquente avec 20%, suivie de la toxicité hématologique 15% (figure 6).



La survie globale moyenne est de 23 mois (15-3) ; IC 95% avec une médiane de 9 mois (4-13) IC 95% (figure 7).



Commentaires

Notre étude a été comparée aux données de la littérature du Moyen-Orient et du Maroc avec des résultats similaires (tableau 2). Selon le réseau national des registres des cancers 2.856 nouveaux cas ont été enregistrés en 2015 en Algérie, l'incidence augmente chez la femme mais la prédominance reste masculine, avec un âge moyen de 60 ans. Malheureusement le diagnostic reste tardif (problèmes de moyens de diagnostic, insuffisance des RCP, de Pet scan, de médiastinoscopie, délai anatomopathologie, biologie moléculaire). Les stades IV restent prédominants dépassant les 50%, il y a une insuffisance des plateformes moléculaires, les délais de prise en charge restent trop longs en moyenne 45 jours. Des difficultés thérapeutiques subsistent de radiothérapie, de radio-chimio

concomitantes inexistantes malgré les indications, les services de chirurgie thoraciques sont insuffisants, les thérapies ciblées sont très peu nombreuses beaucoup n'ont pas encore l'AMM en Algérie et l'immunothérapie

enregistrée n'est toujours pas disponible. Toutes ces difficultés constituent une barrière pour optimiser la prise en charge, faciliter le parcours du patients et améliorer les résultats thérapeutiques.

Tableau 2 : Nos résultats et données de la littératures

Study	Age (years)	Sex %	Smoking history %	Histology	Stage%	EGFR
Morocco 2010-2012 N=137 JCO 2015	59 (37-87)	66 H 44 F	E 58 N 42	ADK 100%	IV 100	Mut 29/137 21% Ex 19 69 Ex 21 21
Middle East Lebanon N=204 2013-2015 C. Epidemio 2015	65,5 (31-87)	61,2 H 38,8 F	E 78,1 N 21,9	ADK 90,5%	IV 69,7 L.A 17,4 L 12,9	Mut 24/204 11,9% Ex 19 48 Ex 21 40
KSA 1989-2003 n=45 Human Pathology 2006	59 (38-78)	79H 21F	E 9/45	ADK26/45		Mut 6/45 15,3%
Huang et al Asian Clin Cancer Res 2004						Mut 43 Ex 19 35 Ex 21 48
Castro et al. White Rev Port Pneumol 2013						Mut 29/216 13% Ex 19 39 Ex 21 33
Our study 2011-2018 n=200 F. Oudjida 2015	60 (34-83)	H 150 F 50	E 60	ADK 115/200	IV 65	Mut 10/50 20% Ex 19 50% 63 cas ADK PCR.,37 contributifs 8 cas sont EGFR mutés. 6 cas ex 19 (21,6%) 2 cas ex 21

Conclusion

Nos résultats démontrent la difficulté de la prise en charge des CBNPC.

Beaucoup d'efforts restent à faire en passant par la prévention, le diagnostic jusqu'à la prise en charge thérapeutique afin d'améliorer le pronostic et la survie des patients.

Date de soumission

22 Février 2021

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Hassan Errihani et al. Frequency and Type of Epidermal Growth Factor Receptor Mutations in Moroccan Patients with Lung Adenocarcinoma. Journal of Thoracic Oncology. Volume 8, Number 9, September 2013
- S. Naderi et al. EGFR mutation status in Middle Eastern patients with non-squamous non-small cell lung carcinoma: A single institution experience. Cancer Epidemiology 39 (2015) 1099-1102.
- K. El Kuraya & al. High epidermal growth factor receptor amplification rate but low mutation frequency in Middle East lung cancer population Human Pathology (2006) 37, 453
- Huang SF, Liu HP, Li LH, et al. High frequency of epidermal growth factor receptor mutations with complex patterns in non-small cell lung cancers related to gefitinib responsiveness in Taiwan. Clin Cancer Res 2004;10:8195-8203.
- Castro AS, Parente B, Gonçalves I, et al. Epidermal growth factor receptor mutation study for 5 years, in a population of patients with non-small cell lung cancer. Rev Port Pneumol 2013;19:7-12.