

Prof. Daniel Betticher, MHA

Médecin-chef

Spécialiste FMH en Hémato-oncologie

et médecine interne

HFR Fribourg – Hôpital cantonal

1708 Fribourg

Secrétariat

Tél. 026 426 72 40

Fax 026 426 72 44

Surveillance après résection d'un cancer bronchique non à petites cellules (NSCLC)

1. Epidémiologie

Le canton de Fribourg compte environ 200 nouveaux cas de cancer bronchique/an¹. 20% de ces patients bénéficient d'une thérapie curative et entrent en ligne de compte pour une surveillance.

2. Risques

- Le risque de décès à 5 ans est dépendant du stade auquel le diagnostic a été posé: stade I: 24%; stade II: 53%; stade IIIA: 66-91%.
- Le risque de souffrir d'une rechute d'un cancer du poumon au delà des 3-5 ans après résection est très faible.
- Le risque de développer une 2^{ème} tumeur est élevé: 10-32% des patients guéris².

3. Buts de la surveillance

- diagnostiquer à un stade précoce une récurrence pouvant être réséquée et/ou une 2^{ème} tumeur pulmonaire chez un patient dont l'état général et l'espérance de vie permettent d'envisager une nouvelle résection pulmonaire avec but curatif.

4. Surveillance

Sélection des patients:

- Status après résection radicale d'un cancer pulmonaire aux stades I-III A
- Espérance de vie et état général permettant une nouvelle intervention chirurgicale pulmonaire (pneumectomie, résection d'une récurrence locale).

Condition préliminaire: Le patient(e) a cessé la consommation tabagique.

¹ Registre fribourgeois des tumeurs, résultats 2006.

² Shields TW, Multiple primary bronchial carcinoma. *Ann Thorac Surg* 1979, 27, 1; Pairolero PC et al., Postsurgical stage I bronchogenic carcinoma: morbid implications of recurrent disease. *Ann Thorac Surg* 1984, 38, 331.

Schéma: Cette surveillance est basée sur les recommandations citées en marge³

Examens	Mois post-opératoires / fin de la thérapie adjuvante									
	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60
Anamnèse et examen clinique ^{a)}	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
CT thoracique ^{b)}		x		x	X	x		x	(x)	x

a) Lors d'apparition de symptômes: examens dirigés (radiographie, CT abdominal/cérébral, PET etc.)

b) Alternative: cliché thoracique tous les trois mois, CT thoracique une fois par an (sous réserve d'une qualité optimale des clichés thoraciques).

5. Examens inutiles⁴

Formule sanguine, tests hépatiques, bronchoscopie, examen PET.

6. Remarques

Le suivi des patients traités pour un cancer pulmonaire n'a pas été étudié dans des études contrôlées et randomisées. Les indications se fondent sur des opinions d'experts.

³ ESMO guidelines: D'Addario G et al., Non-small cell lung cancer : ESMO clinical recommendations for diagnosis and treatment and follow-up. Ann Oncol 2008, 19, Suppl. 2, i39; National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines in oncology. Non small cell lung cancer. Available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp

⁴ Examens non efficaces pour diagnostiquer des rechutes asymptomatiques et réséquables