

## Apport de la chimiothérapie néo-adjuvante dans les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules Avis du chirurgien.

Adel Marghli, Tarek Kilani

Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire. Hôpital A. Mami. Ariana. Tunisie

Malgré l'amélioration de la prise en charge thérapeutique, le cancer du poumon reste de mauvais pronostic. Le traitement actuel est le plus souvent multimodal et la chirurgie reste le *pivot central* de toute stratégie thérapeutique curative.

La majorité des malades porteurs d'un cancer bronchique primitif non microcellulaire (80 à 85%) ont, au moment du diagnostic, une maladie localement avancée, ou métastatique, pour laquelle les traitements médicaux permettent rarement le contrôle de la maladie et la chirurgie est souvent non réalisable. Pour les cancers de stade clinique précoce, le traitement de référence est la chirurgie du fait du caractère supposé localisé de la tumeur. Pourtant, 30% à 40 % des patients ayant bénéficié d'une résection complète récidivent, le plus souvent, à distance. Ceci peut témoigner de l'existence d'une maladie micro-métastatique occulte ou d'une estimation insuffisante de la maladie. Toutefois, l'évaluation du pronostic individuel de tels malades demeure difficile et la classification TNM, basée sur l'extension locorégionale et à distance, largement utilisée bien que régulièrement révisée, reste imparfaite, ne se basant que sur la partie émergente d'une maladie « systémique ».

Le but de l'utilisation d'une chimiothérapie néo-adjuvante est d'agir sur la maladie micro-métastatique et de réduire le volume tumoral, permettant ainsi d'augmenter les taux de résecabilité et d'améliorer ainsi la survie globale.

Plusieurs essais randomisés ont pu démontrer la faisabilité et la sécurité de cette stratégie thérapeutique. Cependant, les limites de ces études incluant des stades et des malades différents, la

variabilité des protocoles de chimiothérapie utilisés, de même que les complications post-opératoires accrues, notamment en cas de pneumonectomie, ainsi que le manque de études de phase III comparant des protocoles néo-adjuvants à la chimiothérapie adjuvante ont fait qu'il est difficile actuellement de fixer des recommandations fermes.

De même, la progression de certains cancers initialement opérables sous chimiothérapie, a fait que la thérapie néo-adjuvante ne peut être considérée comme une bonne indication que si elle est bien tolérée, permettant une régression tumorale et un « downstaging » et autorisant un geste de résection lobaire avec des suites non compliquées.

Toutefois, ces éléments sont difficiles à prévoir et l'indication d'une chimiothérapie néo-adjuvante doit être bien discutée notamment pour les cancers potentiellement résecables.

Enfin, des essais thérapeutiques futurs permettant d'identifier des facteurs prédictifs d'une réponse aux traitements systémiques peuvent mieux préciser les patients pouvant bénéficier des avantages des thérapeutiques néoadjuvantes.

### Références

- Preoperative Chemotherapy Is Effective for Stage III Resectable Non-Small-Cell Lung Cancer: Metaanalysis of 16 Trials. Nobuyuki Horita et al. / *Clinical Lung Cancer* September 2013, Vol. 14, No. 5
- A randomised trial comparing preoperative to perioperative chemotherapy in early-stage non-small-cell lung cancer. V. Westeel et al. / *European Journal of Cancer* 49 (2013) 2654-2664
- A pilot study: sequential gemcitabine/cisplatin and icotinib as induction therapy for stage IIB to IIIA non-small-cell lung adenocarcinoma. Lv et al. / *World Journal of Surgical Oncology* 2013, 11:96

## Lung cancer up to date

Jouda Cherif

Service de pneumologie Allergologie  
Hôpital La Rabta – Tunis - Tunisie

Lung cancer remains, and is projected to remain in the next decades, the leading cause of cancer deaths world wide. In the developing world like ours, which has seen a dramatic increase in the rate of smoking, the impending number of deaths from this disease is astonishing.

For many years, lung cancer was a relatively neglected disease, wrapped in pessimism and with little research funding. However, many advances have occurred, and it is now a dynamic field with a fast pace of new information. The explosion of literature makes it difficult for anyone to stay up to date. With more perspicacity comes the identification requirement of many nuances that are important to correctly understand new studies and choose the optimal treatments for patients, taking into account local setting.

Updated reviews show the effectiveness of programs of lung cancer screening, newer techniques for establishing diagnosis, scientific basis and management strategies for treatment based essentially on a large panel of new therapeutic molecules.

Much attention has been facing toward identification of particular genetic mutations that can be treated with targeted therapy, resulting in a major palliative benefit for patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC). This has the advantage to open up doors for early detection, identification of prognostic and predictive biomarkers, and perhaps prevention.

During the year 2013, several scientific societies have published guidelines on the management of lung cancer. We focus in particular the recommendations of the *American College of Chest Physicians* covering the full spectrum of care from initial evaluation to palliative end-of-life care in patients with lung cancer.

Lung cancer has evolved to where it takes a team of individuals, each with lung cancer expertise within their specialty, to be able to provide the necessary up-to-date knowledge base. Even for such a team, however, staying abreast of advances is challenging.