

Dossier
parrainé
par...



DR

au CHU de Grenoble.

Christian
Brambilla,
chef du
département
de médecine
aiguë
spécialisée,
pneumologie,

CANCER DU POUMON

DES VIES QUI PARTENT EN FUMÉE

17 Recherche :
de nouveaux
traitements à l'étude

19 Point de vue du
D^r Jean-Marc Plassart

22 Cancres
professionnels :
l'amiante, coupable
à retardement

Depuis l'après-guerre, le taux de survie des malades atteints d'un cancer du poumon n'a quasiment pas été amélioré. En parallèle, le nombre de nouveaux cas n'a cessé d'augmenter, et ce de façon alarmante chez les femmes. Il est donc urgent de réagir, en améliorant notamment la prévention et le dépistage.

Avec plus de 27 000 morts par an en France, le cancer du poumon se situe au premier rang des décès par cancer chez l'homme et au troisième chez la femme. Alors que cette maladie était encore rare au début du xx^e siècle, son incidence n'a cessé d'augmenter depuis, avec, en 2000, près de 28 000 nouveaux cas diagnostiqués. Si, pour la mortalité comme pour l'incidence, la part masculine reste largement prédominante (entre 80 % et 85 % des cas), on constate de façon évidente une décroissance s'amorcer chez les hommes dans les pays industrialisés alors qu'on assiste à une véritable explosion chez les femmes depuis une dizaine d'années. Ainsi aux États-Unis, le nombre de femmes décédées d'un cancer du poumon dépasse depuis peu celui des décès par cancer du sein.

Il existe plusieurs formes de cancers du poumon. On distingue les cancers « non à petites cellules » : les carcinomes épidermoïdes, environ 40 % des cas, actuellement deux fois plus fréquents chez l'homme, et l'adénocarcinome bronchique, un tiers des cas, que l'on retrouve volontiers chez les femmes (lire Point de vue p. 19) et les non-fumeurs. Quant au cancer bronchique à petites cellules, beaucoup plus rare (17 % des cas en 2000), il touche plutôt des sujets jeunes soumis à un tabagisme court mais intense. Il est très souvent métastasé, en particulier dans le cerveau et les os.

**27 000 morts
par an en France**



Principal coupable : le tabac, dont le rôle a été démontré dès 1953 dans la survenue de près de 90 % des cancers du poumon. Deux éléments sont à prendre en compte lorsqu'on évalue le risque lié au tabac : il s'agit de la quantité de cigarettes fumées et de la durée durant laquelle on fume. On estime aujourd'hui que la durée de l'intoxication joue un rôle plus important que la quantité de cigarettes fumées chaque jour. Il est désormais clairement démontré que l'arrêt du tabac

SEVRAGE TABAGIQUE

De nouvelles méthodes prometteuses

- Le Rimonaban, dont la commercialisation est prévue en France en 2006, pourrait apporter une solution à ceux qui craignent de grossir en arrêtant le tabac. En effet, cette substance agit dans le cerveau sur le système appelé « endocannabinoïde », impliqué dans la régulation du poids et la dépendance au tabac. Reste que, comme la plupart des médicaments, il peut provoquer des effets indésirables (nausées et tendances dépressives).
- Cette année, le Pr Jacques Cornuz, du Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne, a annoncé la mise au point d'un vaccin contre la dépendance à la nicotine. En induisant la production d'anticorps anti-nicotine, ce vaccin empêche celle-ci de pénétrer dans le cerveau et, de fait, réduit l'envie de fumer. Une étude a été réalisée sur 300 gros fumeurs dépendants ne recevant aucun substitut depuis plus de six mois : 40 % d'entre eux ont arrêté de fumer six mois après la vaccination, contre 31 % dans le groupe placebo. Par ailleurs, les données montrent qu'un tiers des sujets a très bien répondu au vaccin, coïncidant avec un taux d'anticorps élevé. L'efficacité du vaccin semble donc directement corrélée au taux d'anticorps produits sans que le mécanisme soit encore élucidé. Au mieux, ce vaccin sera disponible d'ici quatre à cinq ans.



De nouveaux traitements à l'étude

• **La chimiothérapie** est le standard thérapeutique dans tous les stades de cancer bronchique. Grâce à une meilleure connaissance de la tolérance de chaque malade vis-à-vis des différentes chimiothérapies disponibles, il est possible de mieux adapter aux patients le traitement de première ligne. De même, plusieurs études ont montré que des chimiothérapies de deuxième ligne (appliquées en cas de rechute ou d'échec du premier traitement) étaient efficaces et tolérables.

• **Des thérapeutiques dites « ciblées »** sont à l'étude. Il s'agit de molécules dirigées contre des mécanismes cellulaires qui sont surexploités par les cellules cancéreuses ou par leur micro-environnement :

– Les anticorps anti-VEGF inhibent l'**angiogénèse**. Comme une tumeur a besoin sans cesse de nouveaux vaisseaux pour l'alimenter, cela conduit donc à son étouffement. L'Avastin®, déjà sur le marché pour le cancer colorectal, a montré son efficacité associée à la chimiothérapie dans le cancer du poumon. C'est un traitement administré en perfusion dont l'action est relativement lente et qui ne détruit pas les cellules tumorales elles-mêmes.

– Les inhibiteurs des récepteurs de l'EGF agissent directement sur les cellules cancéreuses qui utilisent ce facteur de croissance pour survivre et se multiplier. Pris en comprimés, leur action est très rapide chez environ 10 % des malades. Ils sont aussi capables de stabiliser le cancer chez un tiers des patients.

Il s'agit de l'Iressa® et du Tarceva®, déjà sur le marché aux États-Unis et au Japon ; et le Tarceva® est disponible en France dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation. Pour l'instant, ils sont réservés aux patients en échec thérapeutique après deux chimiothérapies, mais des essais sont en cours pour les donner plus précocement chez les malades qui pourraient en bénéficier.

• **Des approches en immunothérapie et en thérapie génique** sont aussi à l'étude, mais à des stades bien moins avancés. Il s'agit notamment de vaccins composés de cellules immunitaires du patient, ou d'injections directement dans la tumeur de gènes qui vont provoquer la mort des cellules défectueuses.

Avant d'utiliser largement ces nouvelles approches, « il faut s'assurer de bien connaître leurs conditions d'usage et de pouvoir déterminer le type de patients auquel elles s'adressent », insiste le Pr Jacques Cadranel, pneumologue à l'hôpital Tenon (Paris).

Angiogénèse : formation de nouveaux vaisseaux sanguins qui viennent alimenter la tumeur en oxygène et nutriments.

Les chimiothérapies de demain s'adapteront à la sensibilité au traitement de chaque malade.



VILLA REAL/BSIP

Trop de tumeurs sont détectées tardivement. Une fois par an et au premier signe d'alerte, tout fumeur devrait passer une radio des poumons.

EDMIGE/BSIP

est d'autant plus bénéfique qu'il est précoce, mais il reste cependant salutaire à tout âge. De plus, si chaque jour sans fumer permet de diminuer les risques de survenue d'un cancer, il est clair aussi que chaque cigarette fumée les augmente : il n'existe pas d'effet seuil. Le constat des études épidémiologiques est sans appel : « On assiste à un rajeunissement et à une féminisation des cas de cancers du poumon. Ce n'est plus une maladie réservée aux "hommes partant à la retraite" », déclare Antoine Flahault, épidémiologiste à l'Inserm. Le point noir de cette pathologie, c'est son pronostic : le taux de survie à cinq ans est inférieur à 15 %. Et il semble qu'il n'ait quasiment pas évolué depuis l'après-guerre, malgré les nombreuses nouvelles thérapeutiques disponibles. Mais derrière cette froide statistique se cache une importante hétérogénéité : le taux de survie dépend beaucoup du stade auquel le cancer est diagnostiqué. « Lorsqu'il s'agit de cancer détecté à un stade I (précoce), le taux de survie à cinq ans dépasse les 85 % », précise le chercheur. La clé pourrait donc bien être de trouver un examen de dépistage précoce. Aucun marqueur biologique du cancer du poumon ●●●

POLITIQUE

Renforcer la lutte contre le tabac

En février dernier est entrée en vigueur la convention-cadre de lutte contre le tabac de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). C'est une avancée majeure dans ce domaine. En effet, c'est la première convention-cadre jamais signée dans le domaine de la santé publique. Ses objectifs essentiels sont l'interdiction totale de toute forme de promotion du tabac et la lutte contre la contrebande en partie organisée par l'industrie elle-même. Mais des efforts restent à faire au niveau national. « *Il faut absolument faire appliquer la loi Evin. Nous devons prendre exemple sur l'Italie, où le tabac est interdit dans les lieux publics depuis janvier 2005, et cela fonctionne très bien*, remarque le P^r Christian Brambilla, du CHU de Grenoble. *Avec le tabac, il n'y a pas de demi-mesure possible. Le gouvernement français manque encore de volonté sur ce point.* » Si la France n'a jamais compté aussi peu de fumeurs depuis le début du XX^e siècle, le combat n'est pas gagné pour autant. Ainsi, l'interdiction totale du tabac dans les hôpitaux et les établissements scolaires est un point essentiel sur lequel il ne faut plus transiger. Enfin, « *lutter contre le tabac, c'est lutter contre une addiction, nous devons donc tout mettre en œuvre pour que l'industrie du tabac ne mène plus d'actions souterraines pour conquérir de nouveaux clients* », insiste le P^r Brambilla. Un combat de longue haleine...

Biopsie (bronchique) : prélèvement de cellules grâce à une fibroscopie bronchique. Une sonde introduite par la bouche permet de visualiser l'ensemble des bronches et d'effectuer des prélèvements si nécessaire.

●●● n'étant actuellement disponible, les recherches se tournent vers l'imagerie.

Plusieurs études se sont penchées dans le passé sur l'intérêt de la radiographie thoracique classique, et désormais sur celui du scanner spiralé. Mais, en usage systématique chez les fumeurs, ni l'un ni l'autre n'ont apporté jusqu'à présent la preuve qu'ils permettraient de réduire la mortalité associée au cancer du poumon. En effet, « *la radiographie standard détecte en général des tumeurs d'assez grosse taille dont le pronostic est malheureusement déjà mauvais*, explique Antoine Flahault. *Quant au scanner spiralé, à l'inverse, il détecte de petits nodules d'apparence suspecte chez plus de la moitié des fumeurs de plus de 50 ans. Or, seulement moins de 3 % sont des vrais cancers. Pour confirmer ou infirmer leur nature cancéreuse, il faudrait réaliser des biopsies dans cette région, carrefour vital de l'organisme, chez la moitié des fumeurs, ce qui leur ferait courir un autre risque et pourrait faire perdre tout le bénéfice*



Rodolphe Escher / FEDEPHOTO

attendu d'un tel dépistage ». Pour obtenir une réponse claire et objective quant à l'utilité de telle ou telle méthode de dépistage précoce chez les fumeurs, une vaste étude intitulée DépiScan devrait bientôt débiter sous la direction d'Antoine Flahault : elle devrait concerner 40 000 fumeurs sur une période de dix ans.

Le cancer du poumon est une forme tumorale rapide, il semble qu'elle n'existe pas sous forme latente, cela signifie donc que la rapidité avec laquelle le diagnostic est fait joue un rôle primordial dans la prise en charge. Pour les personnes à risque, il convient donc de signaler à son médecin tout signe alarmant : toux persistante, crachats sanglants, difficultés respiratoires, douleur thoracique...

Au moment du diagnostic, l'âge moyen d'un malade est (suite page 22)



JEAN-MARC PLASSART, MÉDECIN TABACOLOGUE AU CHU DE GRENOBLE.

Stopper le tabagisme féminin

On parle d'une « explosion » du tabagisme féminin depuis une dizaine d'années. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Ce tabagisme s'est beaucoup développé au détriment des jeunes filles ; il pose des difficultés d'arrêt chez les jeunes femmes en situation de grossesse. Les chiffres nationaux les plus récents sont en baisse : 29,9 % des 12-75 ans déclarent fumer (33,4 % des hommes et 26,6 % des femmes), soit une baisse globale de 10 % en 5 ans (source : Baromètre santé 2004). Si cette tendance est encourageante, elle est toutefois trop récente pour être jugée pérenne, et les experts s'attendent à un effet rebond chez les toutes jeunes femmes.

Pourquoi les femmes sont-elles plus à risque que les hommes face au tabac ?

Cette fragilité est liée à la fois à leur constitution physique et à leur statut hormonal. Elle est encore accentuée en cas de contraception orale. Il en résulte un développement plus rapide des maladies aussi bien cardiovasculaires que pulmonaires. Depuis quelques années, on voit ainsi des cancers du poumon chez des femmes de 35-45 ans alors qu'ils n'apparaissent chez les hommes qu'à partir de la cinquantaine.

Développent-elles les mêmes types de cancers ?

Elles développent davantage d'adénocarcinomes : un cancer plus périphérique, souvent lié à une consommation de cigarettes légères sur lesquelles le fumeur a tendance à « tirer » plus fort. Mais leur suivi médical est plus rigoureux que celui des hommes : la prise de pilule les amène régulièrement chez le gynécologue, en première ligne pour surveiller le risque des cancers féminins liés au tabagisme, poumon et sein particulièrement. Le dépistage

“29,9 % des 12-75 ans déclarent fumer (33,4 % des hommes et 26,6 % des femmes)”

du cancer broncho-pulmonaire se fait plus tôt et se soigne donc mieux.

Le tabac a-t-il aussi des conséquences sur la grossesse et la fertilité ?

Oui. Chez les femmes enceintes, les dangers sont une grossesse extra-utérine, une prématurité, un risque d'avortement et un faible poids du nourrisson à la naissance. Malheureusement, un quart des femmes enceintes continuent de fumer et les trois quarts de celles qui arrêtent pendant leur grossesse reprennent après l'accouchement... Par ailleurs, la fumeuse sécrète moins d'œstrogènes, ce qui entraîne une baisse de la fertilité. Mais il est plus juste de parler d'infertilité du couple, que les deux partenaires fument ou que l'un soit en situation de tabagisme passif... avec toutes ses conséquences.

TABAGISME PASSIF

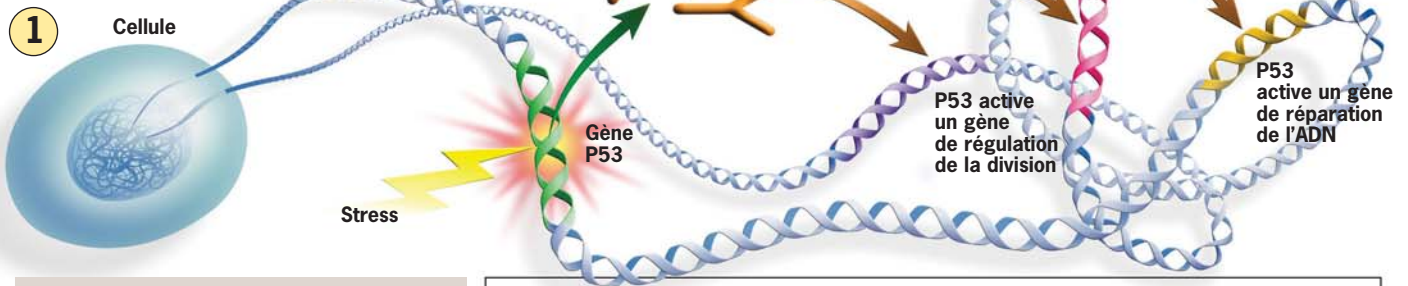
Ne pas fumer tue

L'inhalation régulière, par un non-fumeur, de la fumée de tabac au domicile ou sur le lieu de travail augmente de 30 % son risque de développer un cancer du poumon : on évalue à une centaine de cas par an le nombre de ce type de cancer dû au tabagisme passif. Mais ce dernier provoque d'autres pathologies, notamment cardiovasculaires, susceptibles de se déclarer quelques mois seulement après une inhalation régulière et passive de monoxyde de carbone : ce composant de

la fumée de cigarette s'avère en effet très délétère pour le muscle cardiaque. Le nombre de « victimes » de cette forme de tabagisme ? « Il est très difficile à mesurer parce qu'on ne peut pas former des cohortes représentatives, que ce soit dans les petites niches professionnelles ou encore dans les familles », explique Isabelle Stucker, épidémiologiste à l'Inserm (Villejuif). En revanche, on sait son impact d'autant plus important que l'exposition débute tôt dans la vie.

Cancer du poumon : des gènes et des cellules

P53, activateur de gène

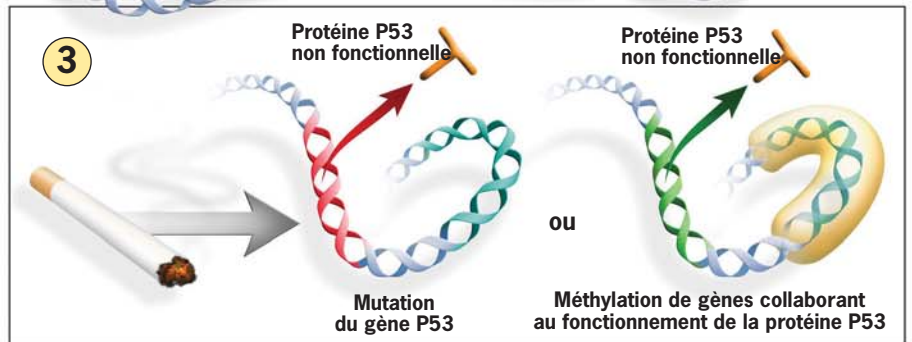


P53, la protéine gardien du génome

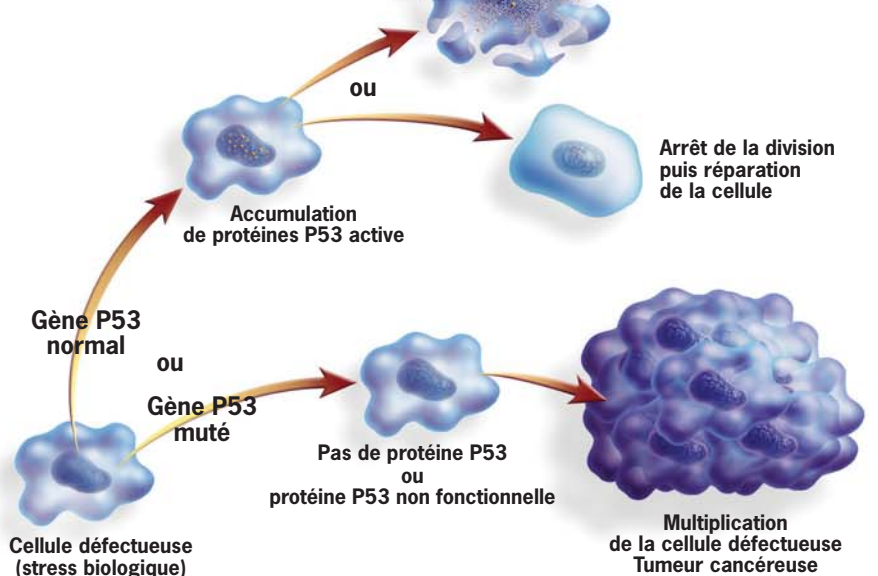
① La protéine P53 est présente en très petite quantité dans toutes les cellules de l'organisme. Lorsqu'une cellule subit un stress biologique qui peut lui être néfaste, comme un manque d'oxygène, des lésions de l'ADN dues à une substance mutagène ou l'activation de gènes favorisant le développement de tumeurs, la cellule se met à accumuler de la protéine P53.

② Cette protéine agit sur le reste du génome, où elle active différents types de gènes permettant de bloquer la prolifération de cellules défectueuses, puis d'activer des voies de réparation de l'ADN, ou alors de provoquer la mort de ces cellules.

③ Plusieurs événements peuvent provoquer le dysfonctionnement de P53 : le tabac est responsable de nombreuses mutations génétiques qui conduisent à une absence de production de P53 active dans les cellules. C'est ce qu'il se passe dans 50 % des cas de cancer du poumon. C'est aussi le cas dans la moitié des cancers en général. Autre mécanisme qui peut expliquer l'incapacité de P53 à bien fonctionner : la **méthylation** des gènes qui collaborent avec elle. Ce processus qui empêche les gènes de s'exprimer est largement favorisé par les composés de la fumée de cigarettes. Le gène P53 n'est pas le seul à se retrouver muté dans le cancer du poumon, il en existe d'autres comme le gène Ras ou le gène du récepteur à l'EGF.



Des cellules sous surveillance





Différents types de cancer du poumon

Il existe plusieurs formes de cancer du poumon. Le plus fréquent est le cancer « non à petites cellules » dont on distingue deux types : l'adénocarcinome bronchique et le carcinome épidermoïde. Tous deux engendrent des **métastases** en général vers les ganglions lymphatiques, puis dans le foie, les os, le cerveau... Quant au cancer bronchique à petites cellules, il est beaucoup plus rare mais plus grave car d'évolution rapide et très souvent métastasée, en particulier dans le cerveau et les os.

Le mésothéliome est un cancer de la **plèvre**, très souvent d'origine professionnelle (voir p. 22). Il est beaucoup plus rare que les cancers bronchiques, et se dissémine préférentiellement vers les organes situés entre les poumons (cœur et gros vaisseaux).

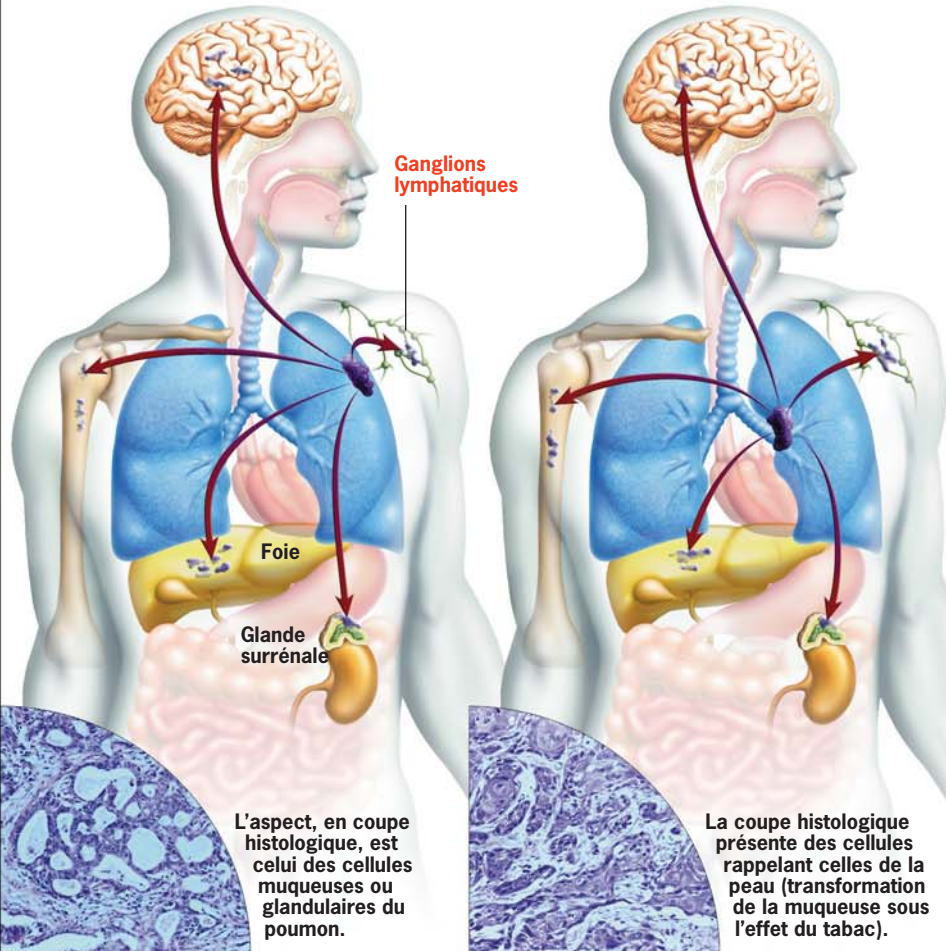
Cancers « non à petites cellules »

Adénocarcinome

La tumeur se développe à partir d'un point situé en périphérie du poumon.

Carcinome épidermoïde

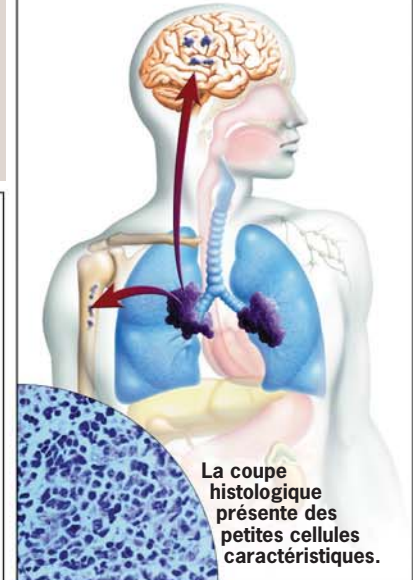
La tumeur se développe en progressant à partir du centre du poumon, à proximité de la trachée.



Infographie : Sylvie Desert

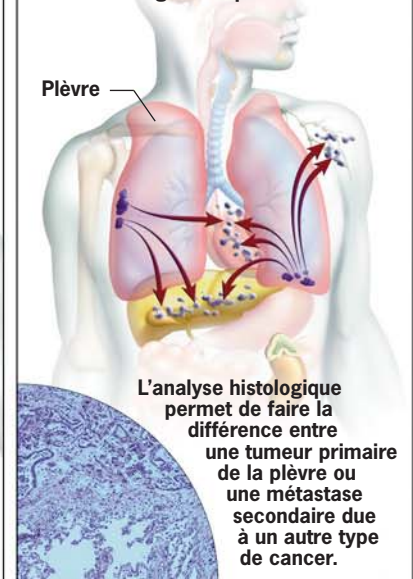
Cancer à petites cellules

La tumeur se développe rapidement à partir d'un point central, souvent dans les deux poumons.



Mésothéliome

Le mésothéliome produit peu de métastases, mais envahit les organes à proximité.



Apoptose : processus naturel qui déclenche inévitablement la mort d'une cellule.

Ganglion lymphatique : petite capsule située à différents endroits du

système lymphatique et qui sert de réservoir aux cellules immunitaires.

Métastase : lorsqu'une cellule cancéreuse quitte une tumeur pour

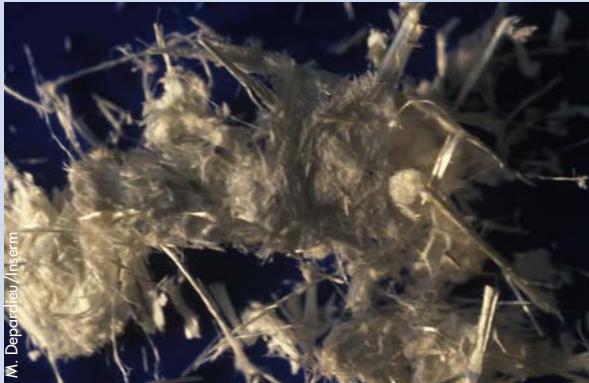
migrer dans le corps et s'installer sur un autre organe, elle donne naissance à une métastase, ou tumeur secondaire.

Méthylation : fixation de groupes méthyl sur l'ADN d'un gène, ce qui a pour effet de le rendre silencieux, il ne peut donc plus

produire de protéine.
Plèvre : membrane à double feuillet qui enveloppe les poumons et les sépare du reste des organes.

CANCERS PROFESSIONNELS

L'amiante, coupable à retardement



M. Depardieu/Inserm

Selon les derniers chiffres de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), environ 3 500 cas de cancers pulmonaires sont attribuables à l'amiante en milieu professionnel chaque année. Et quasiment autant de mésothéliomes, une tumeur cancéreuse qui atteint la plèvre. L'amiante figure ainsi loin devant d'autres facteurs carcinogènes (arsenic, métaux lourds, silice, goudrons...) moins nocifs et/ou touchant une population d'actifs moins large.

Ses fibres altèrent les cellules de l'épithélium (couche qui tapisse la surface) des bronches et perturbent les phénomènes de division cellulaire. Dans certains cas – surtout lorsque le cofacteur tabac existe – cela aboutit, après dix à vingt ans, à une transformation cancéreuse. Et ce risque augmente d'autant plus que les expositions ont été élevées, précoces et durables. Bien

que ce matériau soit interdit depuis le 1^{er} janvier 1997, « entre 50 000 et 100 000 décès seront dus à l'amiante dans les vingt années à venir », estime le professeur Marcel Goldberg de l'INVS.

En l'an 2001, la responsabilité de l'employeur et de la collectivité en général est mise en cause dès lors qu'il y a eu exposition professionnelle à l'amiante. Légalement, le cancer du poumon est un événement pathologique directement lié à l'amiante, donc considéré comme maladie professionnelle, quel que soit le statut tabagique du travailleur.

(suite de la page 18)

Cytotoxiques : molécules capables de détruire les cellules.

Asservie à la respiration : radiothérapie dont le rythme est synchronisé avec celui de la respiration, ce qui permet d'éviter une irradiation des tissus sains environnants.

de 68 ans. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un cancer « non à petites cellules ». Pour ces cas-là seulement, la chirurgie est envisageable, mais elle ne convient qu'à 30 % d'entre eux : « Il faut d'abord que l'étendue de la tumeur le permette, qu'elle ne soit pas métastasée, et d'autre part que l'état général et respiratoire du patient autorise une intervention à thorax ouvert », précise Thierry Le Chevalier, de l'Institut national du cancer (INCa). On pratique en général une lobectomie (ablation d'un lobe de poumon), ou plus rarement une pneumonectomie (ablation d'un poumon entier). Dans la majorité des cas, on propose ensuite ou auparavant aux malades une chimiothérapie. Il s'agit de combinaisons d'agents **cytotoxiques**. Elles associent généralement un dérivé du platine (cisplatine ou carboplatine) avec de la vinorelbine (Navelbine®), de la gemcitabine (Gemzar®) ou des taxanes (Taxol®, Taxotère®). Bien qu'appartenant à la 3^e génération de chimiothérapie, ces molécules attaquent, avec bien peu de discernement, les cellules cancéreuses aussi bien que les cellules saines, d'où des effets secondaires importants. L'espoir vient donc des thérapies ciblées récemment mises sur le marché, qui ne détruisent que les cellules malignes porteuses de certaines

anomalies. Mais ces molécules, dont les effets secondaires sont bien moins importants, ne sont efficaces que chez environ 10 % des malades (voir p. 17).

La radiothérapie s'adresse, quant à elle, aux malades dont les tumeurs ne sont pas opérables et lorsqu'il n'y a pas de métastases. Elle peut être précédée ou accompagnée d'une chimiothérapie. Là aussi, des progrès ont été réalisés récemment. On peut désormais travailler en trois dimensions ou pratiquer une radiothérapie **asservie à la respiration**.

Autant d'améliorations qui permettent de mieux cibler la tumeur et donc d'utiliser de plus fortes doses en épargnant les tissus sains voisins. Plus rarement indiquée, la brachythérapie (aussi appelée curiethérapie endobronchique ou radiothérapie interstitielle) consiste à placer la source de rayonnement dans le poumon, à proximité de la tumeur, et à la retirer après une certaine durée d'exposition. En matière de cancer du poumon, les progrès thérapeutiques sont lents et progressifs, mais ils ne sont pas insignifiants. « Même si les améliorations sont faibles en termes de pourcentage, cela représente beaucoup en termes de temps ou de nombre de vies sauvées chaque année », insiste le P^r Christian Brambilla, du CHU de Grenoble. ■

CANCER

DU POUMON

Repérer les signes d'alerte

Les **symptômes avant-coureurs** d'un cancer du poumon sont souvent tardifs et peu spécifiques. Toutefois, quelques signes doivent alerter et inciter à consulter son médecin généraliste, surtout si l'on est fumeur :

- une toux persistante ;
- la survenue de crachats sanglants, d'un essoufflement, d'un enrouement, d'une modification de la voix, de douleurs au niveau du thorax ou des épaules...
- toute altération de l'état général : infection respiratoire traînante, fièvre inexpliquée, perte de poids...



CANCER

DU POUMON

Se passer du tabac

On peut envisager un sevrage tabagique :

- seul ou en groupe ;
- avec son médecin généraliste ou un spécialiste ;
- au sein d'une consultation de tabacologie : celles-ci existent dans de nombreux hôpitaux et utilisent toujours une prise en charge individualisée associée à plusieurs techniques telles que substituts nicotiques, psychothérapie, éventuellement médicaments.



CANCER

DU POUMON

Les autres dangers du tabac

• **Maladies cardiovasculaires**

La fumée de tabac a un effet toxique sur les parois artérielles. Elle favorise en particulier le développement des plaques d'athérome et l'obstruction des artères coronaires, ce qui risque de provoquer, à terme, un infarctus.

• **Artérite des membres inférieurs**

Avec le diabète et l'hypercholestérolémie, le tabac est l'un des facteurs majeurs de la survenue d'artérite. Cette inflammation avec rétrécissement des artères au niveau des jambes provoque des douleurs lors de la marche et peut évoluer jusqu'à la gangrène.

• **Bronchite chronique**

Définie par une toux avec crachats pendant trois mois par an et deux années consécutives, cette affection peut évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique et une insuffisance cardiaque.



CANCER

DU POUMON

Vivre avec un cancer du poumon

• **L'équipe soignante**, les psychiatres ou les psychologues sont à même d'apporter au malade et à sa famille une aide morale précieuse. Les associations de patients sont également très utiles car elles permettent de rencontrer des personnes ayant vécu les mêmes expériences.

• **Une surveillance médicale** est fortement recommandée tous les trois ou quatre mois au début, puis tous les six mois pour dépister une éventuelle récurrence de la maladie et contrôler la fonction respiratoire.

• **L'arrêt du tabac et du tabagisme passif** est un facteur très important pour réduire les risques de récurrence du cancer du poumon.



du poumon

CANCER

VIE PRATIQUE

• LES OUTILS D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC

– **Substituts nicotiniques** : gomme à mâcher (2 ou 4 mg de nicotine), patch (15 mg ou 21 mg pour les plus gros sur 16 ou 24 heures). On peut les utiliser également pour réduire sa consommation de tabac et « préparer » ainsi le terrain du sevrage.

– Psychothérapies

comportementales et cognitives.
– **Médicaments**, prescrits avec parcimonie et selon l'état physique et psychologique : le Bupropion (Ziban®), un antidépresseur si besoin est, voire du simple magnésium.

• OÙ OBTENIR DE L'AIDE

– **Tabac info service** fournit des conseils, peut envoyer des documentations, donner

les coordonnées des consultations de tabacologie ou encore mettre en relation directe avec un tabacologue. Tél. : 0 825 309 310 (0,15 €/min) du lundi au samedi de 8 à 20 heures. www.tabac-info-service.fr

– Un guide pratique J'arrête de fumer

est disponible auprès des Caisses primaires d'Assurance maladie, des Comités d'éducation pour la Santé (CFES), des médecins généralistes et des pharmaciens.

• OUVRAGES

– **Comment arrêter de fumer ?** de H.-J. Aubin, P. Dupont, G. Lagrue, éditions Odile Jacob, 2004.
– **Pour en finir avec le tabac**, de O. Carewicz, éditions Vigot, 2005.

du poumon

CANCER

VIE PRATIQUE

• CONTRÔLER

Une simple radio du thorax (face-profil) est prescrite au moindre doute : elle permet de visualiser une masse de plus de 1 cm. En cas d'anomalie, le médecin peut préconiser un scanner afin de détecter des tumeurs plus petites, ou bien une biopsie, c'est-à-dire un prélèvement de cellules grâce à une fibroscopie bronchique (une sonde est introduite par la bouche).

• DÉPISTER

La médecine du travail réalisait autrefois systématiquement une radiographie des poumons. Si vous êtes fumeur, soumettez-vous y tous les ans et dès l'apparition du moindre signe inhabituel. Et n'hésitez pas à parler

de votre tabagisme au médecin du travail.

• S'INFORMER

Cancer Info Service est un service téléphonique d'information et d'orientation sur le cancer. Il offre aussi un service d'écoute personnalisé et anonyme. Tél. : 0810 810 821 (coût d'un appel local), du lundi au samedi de 8 à 20 heures.

Comité national contre le tabagisme (CNCT).

Documentation, textes de lois, affiches, dépliants sur les risques et les méfaits du tabac, orientation vers les centres de sevrage... 31, avenue du Général-Michel-Bizot, 75012 Paris. Tél. : 01 55 78 85 10. www.cnct.fr

du poumon

CANCER

VIE PRATIQUE

• NE PAS CULPABILISER

Beaucoup de fumeurs atteints de cancer culpabilisent parce qu'ils n'ont pas « entendu » les messages d'arrêt au tabac ou bien qu'ils n'ont pas réussi le sevrage. Mais le tabac doit être considéré comme une drogue, au même titre que l'alcool ou la nourriture (en cas de boulimie), entraînant une dépendance physique et psychologique dont les fumeurs sont avant tout victimes.

• S'ENTRAIDER

La Ligue nationale contre le cancer propose :

- des **groupes de parole** pour les malades et pour les proches, un lieu de partage et d'écoute.

- des Espaces Rencontre Information (ERI)

dans de nombreuses structures de soins : les malades et leur entourage y trouvent des informations sur la maladie, les traitements, et sont aiguillés et épaulés dans leur recherche de soutien social et psychologique, au domicile comme à l'hôpital.

14, rue Corvisart
75013 Paris.
Tél. : 01 53 55 24 13.
www.ligue-cancer.asso.fr

du poumon

CANCER

VIE PRATIQUE

• UN CHIFFRE

En dehors du cancer, le tabac est un facteur aggravant et augmente le risque de nombreuses autres pathologies. Toutes maladies confondues, le tabac est la cause de **60 000 décès prématurés** (avant 65 ans) chaque année.

• S'INFORMER

sur les signes avant-coureurs, les mesures préventives (vis-à-vis du tabac, de l'alimentation...) et le dépistage des différentes maladies :

– Comité national contre les maladies respiratoires et la tuberculose

66, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris.
Tél. : 01 46 34 58 80.
www.lesouffle.org

– Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex.
www.inpes.sante.fr

– Fédération française de cardiologie

50, rue du Rocher, 75008 Paris.
Tél. : 01 44 90 83 83.
www.fedecardio.com