

Le Groupe de Travail sur le CB d'All.Can Belgium dans les starting-blocks

All.Can Belgium's CB Working Group in the starting-blocks

DEMEDTS I.¹, VAN MEERBEECK J.², AWADA A.³ et BERGHMANS T.³

¹AZ Delta, Roeselare, ²Hôpital universitaire d'Anvers (UZA), Anvers, ³H.U.B - Institut Jules Bordet, Bruxelles

RÉSUMÉ

All.Can Belgium est une organisation multipartite à but non lucratif, soucieuse d'améliorer l'efficacité des soins en cancérologie en mettant les besoins et le bien-être des patients au cœur des priorités. Dans cet esprit, All.Can Belgium rassemble des professionnels de la santé, des représentants d'associations de patients, des décideurs politiques, des chercheurs et des représentants de l'industrie pharmaceutique. Ces dix dernières années, nous avons assisté à une évolution spectaculaire dans le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon (CB). Pour maximiser l'impact sur le CB, ces avancées thérapeutiques doivent s'accompagner de stratégies efficaces au niveau du dépistage, de la prévention et du soutien aux patients. En s'appuyant sur les efforts conjoints des professionnels de la santé, des associations de patients, des décideurs politiques et de l'industrie pharmaceutique, le Groupe de travail sur le CB créé par All.Can Belgium entend répondre aux besoins les plus prégnants qui jalonnent le parcours thérapeutique des patients atteints d'un CB.

Le 16 novembre 2023, All. Can Belgium a célébré le lancement officiel de son Groupe de travail sur le CB avec un colloque proposant plusieurs conférences sur divers sujets touchant au CB et à son traitement, étayés par des témoignages de patients.

Rev Med Brux 2024; 45 : 157-163

Doi : 10.30637/2024.24-014

Mots-clés : All.Can, immunothérapie, cancer du poumon, dépistage, tabagisme, survie, thérapie ciblée, lutte antitabac.

ABSTRACT

All.Can Belgium is a multi-stakeholder, not-for-profit organization dedicated to improving the efficiency of cancer care by putting the needs and well-being of patients at the heart of its priorities. In this spirit, All. Can Belgium brings together healthcare professionals, patient association representatives, policy-makers, researchers and pharmaceutical industry representatives. The last ten years have seen a dramatic evolution in the treatment of patients with lung cancer (BC). To maximize the impact on lung cancer, these therapeutic advances must be accompanied by effective screening, prevention and patient support strategies. Drawing on the joint efforts of healthcare professionals, patient associations, policy-makers and the pharmaceutical industry, All.Can Belgium's Lung Cancer Working Group aims to address the most pressing needs along the therapeutic pathway of lung cancer patients.

On November 16, 2023, All. Can Belgium celebrated the official launch of its BC Working Group with a colloquium featuring several conferences on various topics relating to BC and its treatment, supported by patient testimonials.

Rev Med Brux 2024; 45: 157-163

Doi: 10.30637/2024.24-014

Key words: All.Can, immunotherapy, lung cancer, screening, smoking, survival, targeted therapy, tobacco control.

CB – PASSÉ, PRÉSENT ET AVENIR : LA VOIE DE L'ESPOIR

Le Pr Ingel Demedts, Président du Groupe de Travail sur le CB et pneumologue-oncologue thoracique à l'AZ Delta, a donné le coup d'envoi du colloque en soulignant l'importance du fardeau que représente le CB

pour notre société. Effectivement, selon le Registre belge du Cancer, le CB est le deuxième cancer le plus fréquent à la fois chez les hommes et les femmes, avec environ 9.000 nouveaux diagnostics par an en

Belgique. D'autre part, le taux de mortalité du CB est très élevé, représentant un cinquième de tous les décès liés au cancer¹. Les perspectives pour les patients atteints d'un CB sont donc assez sombres, avec un taux de survie globale (SG) à 5 ans de 25 à 35 %². Malgré ce pronostic peu encourageant, il est important de souligner les progrès réalisés dans le traitement du CB. En effet, il a fallu attendre les années 1950 pour commencer à cerner l'étiologie du CB, grâce aux premières études mettant en lumière une corrélation entre le tabagisme et le développement du cancer. À l'époque, le seul traitement contre le CB était la chirurgie. Durant les années 1970, l'imagerie médicale a fait d'énormes progrès, ce qui a permis de mieux diagnostiquer le CB. Peu après, la radiothérapie et la chimiothérapie sont venues s'ajouter à l'arsenal thérapeutique. Malgré les études démontrant l'impact positif de la chimiothérapie sur la survie des patients atteints d'un CB non à petites cellules (CBNPC) avancé, il faut souligner que l'effet thérapeutique reste limité, avec une amélioration de la médiane de SG de quelques mois seulement³. Sur les 20 dernières années, l'évolution thérapeutique s'est considérablement accélérée grâce au développement de protocoles de chimiothérapie plus efficaces et plus sûrs, à des agents ciblant les altérations oncogéniques activables (*driver mutation*) et, plus récemment, à l'introduction de l'immunothérapie (les inhibiteurs de point de contrôle immunitaire). Ce tsunami thérapeutique a eu de nombreuses répercussions, y compris des avancées significatives au niveau des diagnostics. Par conséquent, nous avons pu observer une amélioration lente mais constante des taux de survie chez les patients atteints d'un CB : entre 2001 et 2016, la survie à deux ans spécifique au CB est passée de 26 % à 35 % chez les hommes et de 35 % à 44 % chez les femmes⁴. Il reste néanmoins énormément de progrès à faire.

Pour y parvenir, un dépistage plus précoce du CB s'impose, selon le Pr Demedts. Les données du Registre belge du Cancer indiquent que la moitié des diagnostics effectués en 2021 concernaient des patients avec un cancer métastatique, excluant toute stratégie de traitement curatif¹. L'introduction d'un programme de dépistage ciblé du CB pourrait augmenter sensiblement le taux de patients diagnostiqués à un stade curatif. Notons ici qu'en matière de CB, il faut évidemment voir au-delà du tabagisme. En effet, 10 à 15 % des patients diagnostiqués n'ont jamais fumé. Par conséquent, il faut prendre en considération d'autres facteurs de risque, comme la pollution atmosphérique ou professionnelle⁵.

Outre le dépistage et les investissements dans la prévention du CB, le Pr Demedts insiste sur la nécessité de poursuivre les recherches afin de développer de nouvelles modalités thérapeutiques. En marge de cela, la surveillance numérique des patients, les ressentis déclarés par les patients et les soins de soutien vont gagner en importance dans les années à venir. Enfin, l'intelligence artificielle permet d'explorer le potentiel des mégadonnées (ou *big data*), ouvrant de nouvelles perspectives sur le traitement du CB.

DÉTECTION PRÉCOCE DU CB PAR DÉPISTAGE : FAITS, MYTHES ET IDÉES REÇUES

Lors d'une autre présentation dans le cadre du colloque, le Pr Jan Van Meerbeeck (Hôpital universitaire d'Anvers) s'est penché en détail sur les avantages potentiels d'un programme de dépistage du CB en Belgique. Comme indiqué par le Pr Demedts, le fardeau sociétal du CB est énorme. En 2019, le coût direct et indirect du CB en Belgique a été estimé à 9 milliards d'euros⁶. Une partie importante de cette somme provient des médicaments administrés aux patients atteints d'un CBNPC avancé. Dans ce domaine, les données du KCE (*Kennis Centrum* – Centre fédéral d'expertise des soins de santé) indiquent une explosion des dépenses liées aux médicaments pour les patients atteints de CB à partir de 2015⁷. Un dépistage du CB à un stade plus précoce réduirait considérablement le besoin de ces médicaments coûteux et permettrait de soulager le budget santé, déjà très serré dans notre pays.

Malheureusement, les discussions entourant la mise en place d'un dépistage du CB sont entravées par un certain nombre de mythes et idées reçues. Plusieurs critiques reviennent souvent, notamment qu'il faut privilégier la prévention du tabagisme et le sevrage plutôt que d'investir dans le dépistage. En effet, le sevrage tabagique peut être très rentable mais pour cela, il doit inclure une thérapie de substitution nicotinique (TSN) et des séances de thérapie comportementale avec un expert en tabacologie. Or, pour l'instant, le remboursement des TSN n'est pas universel en Belgique et les fumeurs ne manifestent qu'une faible motivation à consulter un tabacologue. Par ailleurs, mettre tous ses œufs dans le même panier n'est jamais une bonne chose et se concentrer uniquement sur le sevrage tabagique comporte d'autres écueils. Par exemple, on constate que la prévalence du tabagisme se maintient en Belgique et ce malgré les restrictions croissantes et l'augmentation constante des taxes sur les produits à base de tabac. En outre, la diminution de la mortalité par CB résultant des efforts de sevrage tabagique n'est détectable qu'au bout d'une vingtaine d'années, ce qui n'a aucun effet sur la situation immédiate. Enfin, 50 % des cancers du poumon détectés par dépistage surviennent chez d'anciens fumeurs, ce qui souligne la nécessité de motiver ceux qui arrêtent de fumer à se faire dépister.

Il y a d'autres arguments qui s'opposent encore à la mise en place d'un dépistage du CB, comme l'absence d'outils de dépistage efficaces, le manque de rentabilité et l'absence de traitements efficaces pour les patients détectés. Ces dernières années, on a cependant vu émerger des preuves convaincantes allant à l'encontre de tous ces arguments. Tout d'abord, une étude systématique Cochrane, avec une méta-analyse portant sur le dépistage ciblé du CB par tomodensitométrie (TDM) hélicoïdale à faible dose, a mis en lumière une diminution de 21 % de la mortalité par CB, avec un changement significatif dans la proportion de patients diagnostiqués au stade I (80 %)⁸. Par le passé, certaines inquiétudes se sont élevées par

rapport à l'exposition aux radiations lors du dépistage, susceptibles de générer des cancers secondaires. Toutefois, l'exposition associée au protocole à faible dose utilisé pour ce dépistage n'est pas plus élevée que celle d'une mammographie. D'un point de vue économique, 33 des 40 analyses portant sur ce paramètre effectuées dans un large éventail de pays ont démontré que le dépistage ciblé du CB est effectivement rentable⁹. En regard du dernier argument, la résection chirurgicale constitue une modalité de traitement peu coûteuse et efficace chez les patients atteints d'un CB à un stade précoce, avec des taux de survie à 5 ans dépassant 80%¹⁰. Et il existe aussi une alternative efficace et rentable pour les patients inopérables : la radiothérapie stéréotaxique (RST)¹¹.

La mise en place d'un dépistage ciblé du CB par TDM à faible dose aurait un impact profond sur la capacité de TDM de notre pays. Selon une estimation prudente du Pr Van Meerbeeck, le dépistage au sein d'une population à risque d'(ex-)fumeurs nécessiterait entre 140.000 et 250.000 TDM par an, avec un taux d'observance de 50%. Pour l'instant, nous n'en sommes qu'à environ 60% de cette capacité en Belgique, ce qui illustre la nécessité d'augmenter la capacité de TDM avant d'implémenter un programme de dépistage du CB. Par ailleurs, le dépistage du CB entraînera une augmentation des besoins au niveau de la capacité chirurgicale.

L'une des principales questions qui se posent en matière de dépistage du CB concerne la population-cible. Les données suggèrent que l'on pourrait atteindre 45 à 60% de détection si l'on restreint la population-cible aux hommes et aux femmes âgés de 50/55 à 74/80 ans, catégorisés comme (anciens) gros fumeurs (>20-30 paquets-années), aptes à supporter un traitement curatif et avec une masse corporelle <140 kg. En modélisant d'autres facteurs de risque tels que l'IMC, les antécédents familiaux, la BPCO, les risques professionnels, etc., ce taux peut même atteindre 80%¹². Le défi est maintenant de toucher la population-cible et de la convaincre de se faire dépister. Alors qu'en Belgique, les données suggèrent une bonne réception de la part du public pour le dépistage du CB (80-90%), les choses semblent différentes aux États-Unis avec un taux de participation inférieur à 10%. Cette situation s'explique en grande partie par le fait que les gens ont tendance à sous-estimer leur consommation de tabac. D'autre part, la stigmatisation sociale par rapport au CB persiste, ce qui freine également la généralisation du dépistage. En effet, le grand public a tendance à tenir les fumeurs pour responsables de leur maladie, exacerbant un sentiment de culpabilité ou de honte chez de nombreux patients. Il faut dissiper ces idées reçues avec des campagnes de sensibilisation, dans lesquelles les associations de patients peuvent jouer un rôle majeur. Le Plan européen pour vaincre le cancer formulé par l'Union européenne en 2022 préconise l'implémentation d'un programme de dépistage ciblé du CB au sein des États membres. La Croatie, la République tchèque, la Pologne et le Royaume-Uni ont déjà mis un programme en place et des études de mise en œuvre

sont en cours en France et en Italie. En Belgique, le dépistage relève de la compétence des autorités sanitaires régionales. Parmi ces régions, la Flandre semble la plus avancée dans ses projets et a notamment un groupe de travail multidisciplinaire qui prépare un dossier pour l'approbation d'un programme de dépistage destiné à la population. Une étude d'implémentation est en cours de préparation dans la région d'Anvers, l'objectif étant de démarrer le dépistage en 2024. Une résolution récente (novembre 2023) de la commission fédérale des soins de santé incitant les entités régionales à mettre en place des programmes de dépistage du CB devrait (re)dynamiser le projet dans les différentes régions.

SUCCÈS ET LACUNES DES POLITIQUES ANTITABAC

Comme indiqué précédemment, la lutte antitabac et le sevrage tabagique sont des armes importantes dans la prévention du CB. Toutefois, lors de sa conférence, Mme Suzanne Gabriels, experte en lutte contre le tabagisme à la Fondation belge contre le Cancer, a indiqué qu'il existait encore d'importantes lacunes dans notre politique antitabac. Mais commençons par les bonnes nouvelles : les données montrent que la prévalence du tabagisme a considérablement diminué au cours des deux dernières décennies, passant de 25,5% en 1996 à 15,3% en 2018¹⁵, vraisemblablement grâce à la législation antitabac introduite au cours de cette période. Quelques exemples : l'interdiction de la publicité pour les produits à base de tabac, l'interdiction de fumer dans les restaurants, les bars et sur le lieu de travail et l'obligation d'apposer des mises en garde contre les dangers pour la santé sur les emballages des produits à base de tabac. En outre, le gouvernement a également investi dans l'aide au sevrage tabagique et dans des campagnes de dissuasion contre le tabagisme.

Malheureusement, l'industrie du tabac continue à riposter par des litiges continus contre les initiatives de lutte antitabac. Malgré l'obligation de limiter l'ingérence de l'industrie du tabac (article 5.3. de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac), celle-ci continue à jouer un rôle dans notre politique de lutte antitabac, par exemple en tentant de se profiler comme pouvant faire partie de la solution. Dans cette optique, elle investit massivement dans la diversification de son portefeuille de produits, en commercialisant du tabac chauffé et des e-cigarettes comme une « alternative plus saine » au tabagisme ou en produisant en grandes quantités des sachets de nicotine.

Deuxième lacune de la politique antitabac : l'équité ou plutôt son absence. En effet, les données montrent une différence marquée dans la prévalence du tabagisme entre les différents niveaux d'éducation¹⁵. Dans le même contexte, les données européennes mettent en lumière une corrélation similaire entre la prévalence du tabagisme et le statut socioéconomique. Les efforts de sevrage tabagique devraient donc se concentrer sur ces groupes historiquement plus vulnérables.

Pour Mme Gabriels, la lutte antitabac doit être menée sur tous les terrains et s'étendre au-delà de l'arène traditionnelle de la médecine et de la santé publique. Par exemple, nous pouvons nous appuyer sur les initiatives environnementales visant à réduire les plastiques en demandant l'interdiction des plastiques à usage unique liés au tabac, comme les filtres ou les cartouches de vapotage. Dans le même ordre d'idée, les décideurs politiques doivent maintenir leurs efforts vers une législation décourageant encore davantage le tabagisme. En unissant nos forces, nous pouvons encore espérer arriver à une génération sans tabac en 2040.

STRATÉGIE ACTUELLE DANS LE TRAITEMENT DU CB

Après le dépistage et la prévention, la deuxième partie du colloque mettait l'accent sur le traitement du CB. À cet égard, le Pr Thierry Berghmans, du Service d'Oncologie thoracique à l'Institut Jules Bordet de Bruxelles, a souligné l'importance de la prise en charge du CB dans un cadre multidisciplinaire, rassemblant un large panel de spécialistes : pneumologues et oncologues médicaux, chirurgiens thoraciques, radio-oncologues, pathologistes, spécialistes en médecine nucléaire, médecins généralistes, psychologues ou encore infirmiers/infirmières en oncologie. De plus, cette approche multidisciplinaire ne doit pas être uniquement appliquée aux patients à un stade avancé, mais aussi aux stades (plus) précoces du CBNPC. Dans sa présentation, le Pr Berghmans s'est concentré sur le traitement actuel des patients atteints de CBNPC ne présentant pas d'altérations oncogéniques activables.

Pour les patients atteints d'un CBNPC de stade I-IIIa, la chirurgie reste la stratégie de traitement privilégiée. Lorsqu'on parle de chirurgie, il est important de distinguer résectabilité et opérabilité. La résectabilité désigne la capacité d'enlever l'ensemble des tissus cancéreux, tandis que l'opérabilité désigne la capacité du patient à supporter la chirurgie. Pour ce qui est de cette dernière, l'*American College of Chest Physicians* a formulé des directives pour une évaluation physiologique préopératoire qui permet d'identifier les patients présentant un risque accru de morbidité ou de complications lors d'une chirurgie standard liée au CB. Ces directives permettent de prendre une décision plus éclairée quant à l'approche thérapeutique appropriée pour chaque patient¹⁶. Il est important de noter qu'aux stades précoces de la maladie, le traitement peut être multimodal, alliant la chirurgie à une thérapie systémique. L'utilisation d'un traitement systémique périopératoire (c-à-d. un traitement [néo]adjuvant) se justifie par le fait qu'il cible la maladie micro-métastatique. Par ailleurs, le traitement systémique préchirurgical (c-à-d. le traitement néoadjuvant) peut entraîner une réduction de la masse tumorale, ce qui peut faciliter une procédure chirurgicale chez les patients à la limite de la résectabilité et limiter les complications associées à une chirurgie plus lourde. Malheureusement, l'effet de la chimiothérapie adjuvante chez les patients atteints

de CBNPC est limité, avec un bénéfice de SG à 5 ans d'environ 5 %¹⁷. Cependant, l'intégration récente de l'immunothérapie dans le traitement néoadjuvant, adjuvant et périopératoire (c-à-d. avant et après l'intervention chirurgicale) des patients atteints de CBNPC a permis d'améliorer ces résultats¹⁸⁻²⁵.

La procédure de soin standard pour les patients atteints d'un CBNPC local avancé non résectable est actuellement la radiochimiothérapie concomitante (RTCT)²⁶. Sur base des résultats de l'essai PACIFIC, le protocole de soin pour ces patients a récemment ajouté un traitement de consolidation alliant l'inhibiteur de point de contrôle immunitaire (ICI) durvalumab à la RTCT²⁷.

Pour les patients atteints de CBNPC métastatique sans altération oncogénique activable, la stratégie de traitement actuelle est basée sur les ICI, avec l'utilisation d'ICI en monothérapie chez les patients exprimant des niveaux élevés (>50 %) de PD-L1 et des ICI associés à une chimiothérapie à base de platine chez les patients exprimant des niveaux plus faibles de ce biomarqueur²⁸. Notons que pour les patients atteints d'une maladie oligométastatique (c-à-d. une propagation métastatique à un nombre très limité de sites), il peut être intéressant de combiner la thérapie systémique avec une thérapie locale, comme la radiothérapie.

VERS UNE SEGMENTATION MOLÉCULAIRE D'UN CANCER COMMUN

Au cours des dernières décennies, l'oncologie est passée d'une approche universelle à une stratégie de traitement personnalisée, utilisant la structure moléculaire spécifique et les différents facteurs liés au patient et à la maladie pour adapter le traitement à chaque individu. En parallèle, le diagnostic pathologique du cancer a lui aussi considérablement évolué. Autrefois limité à une analyse histologique et immunohistochimique d'un échantillon de tumeur, le processus inclut désormais des analyses portant sur la biologie moléculaire et le profil génomique des cancers. Grâce à ces techniques, nous sommes désormais en mesure de procéder à une segmentation moléculaire des cancers allant au-delà de l'histologie classique.

Les informations génomiques obtenues via ces analyses peuvent avoir un intérêt pronostique, nous permettant de mieux comprendre les processus oncogéniques sous-jacents à une tumeur spécifique et de déterminer plus facilement pour quels patients un traitement spécifique est le plus à même d'être bénéfique. En ce qui concerne ce dernier point, les études de profilage génomique ont révélé que 30 à 50 % des cancers présentent une altération génétique théoriquement exploitable²⁹. Toutefois, la gestion du cancer fondée sur la génomique continue de poser d'importants défis. Par exemple, toutes les mutations pilotes (*driver*) oncogènes ne sont pas actionnables par un médicament (le TP53 par ex.) et l'hétérogénéité intertumorale et intratumorale peut entraver l'efficacité d'une thérapie ciblée.

Les analyses de cellules tumorales circulantes et/ou d'ADN circulant constituent un domaine émergent important en oncologie. Ces analyses permettent aux médecins de rechercher des marqueurs pronostiques et prédictifs, d'évaluer le fardeau mutationnel tumoral et la présence de mutations de résistance, de dépister une maladie résiduelle minimale et de surveiller la réaction du patient au traitement. En outre, cette technologie peut potentiellement être utilisée pour dépister les signes précoces de cancer.

Parallèlement à la subdivision de plus en plus détaillée du CBNPC en un nombre croissant de sous-groupes moléculaires, nous avons assisté à un tsunami thérapeutique pour les patients atteints de CBNPC comme le développement d'agents ciblés dirigés contre certaines altérations moléculaires spécifiques, mais aussi les ICI et les conjugués anticorps-médicaments. Par ailleurs, le secteur explore de nouvelles modalités de traitement immunologique pour le CBNPC, notamment les thérapies cellulaires adoptives (par ex. la thérapie CAR-T), les virus oncolytiques, les anticorps bispécifiques et les vaccins.

Malgré les progrès impressionnants réalisés dans la prise en charge des CBNPC, plusieurs défis importants demeurent. À l'avenir, il sera par exemple essentiel de mieux comprendre les mécanismes de résistance, de mieux prévoir les effets secondaires et d'élaborer des stratégies pour lutter contre les métastases dans le système nerveux central. De plus, certaines mutations pilotes (driver) oncogènes ne sont pas encore actionnables pour l'instant. Toutefois, il y a eu énormément de progrès ces dernières années dans ce domaine également, notamment le développement de thérapies ciblées pour certaines mutations spécifiques du gène KRAS, un oncogène qu'on a longtemps cru non actionnable. Enfin, le nombre croissant d'agents ciblés, souvent destinés à une faible proportion de patients, remet en question la manière dont nous concevons actuellement les essais cliniques. Les chercheurs doivent donc trouver des moyens novateurs de mener les études cliniques (par ex. le modèle Spiderweb du réseau Oncodis-tinct), le but ultime étant de mettre de nouveaux médicaments à la disposition des patients le plus rapidement possible.

En conclusion, les innovations scientifiques et les avancées technologiques remodelent l'avenir de la recherche et des soins cliniques en cancérologie. L'intégration de la biologie moléculaire et des thérapies de ciblage moléculaire, par exemple, est déjà une réalité en oncologie, particulièrement pour le CB.

LA VIE APRÈS LE TRAITEMENT : QUELS SONT LES BESOINS POUR LA RÉINSERTION ?

Plusieurs facteurs, comme le vieillissement de la population, la détection plus précoce et l'amélioration des traitements, contribuent à l'augmentation constante du nombre de survivants du cancer. Cependant, et c'est là une observation importante, le vécu cancérologique du patient ne s'arrête pas à la fin de la thérapie. Dans la conférence finale du colloque, le

Dr Régine Kiasuwa Mbengi, du Centre du Cancer de Sciensano, a souligné que ces survivants du cancer doivent faire face à diverses difficultés, allant des conséquences médicales de leur maladie ou de leur traitement aux problèmes psychologiques, sociaux et professionnels qui compliquent la réintégration sociale complète. Par conséquent, les patients se sentent souvent abandonnés après leur sortie de l'hôpital ou après leur dernière consultation avec leur oncologue. Au fil des ans, de nombreuses initiatives ont été mises en place pour répondre à ces besoins, ce qui s'est souvent traduit par une nette amélioration pour les patients. Cependant, l'intégration structurelle de ces initiatives dans le suivi de routine des patients s'avère compliquée. À cet égard, il est important de noter que les problèmes rencontrés par les survivants du cancer évoluent avec le temps. En effet, directement après la fin du traitement, les problèmes les plus importants sont d'ordre médical, tandis que la charge psychosociale de la survie au cancer ne se fait sentir que plus tard. C'est pourquoi il faut une certaine flexibilité pour que le programme de soins de soutien soit efficace, c'est-à-dire proposer des solutions adaptées aux besoins du patient en fonction du moment.

Le manque de données sur l'incidence et le type de problèmes rencontrés par les survivants du cancer constitue un défi important pour la recherche sur les soins de soutien. En fait, il n'existe actuellement aucun registre collectant ces données. Il est donc très difficile de dresser un tableau clair des besoins existants, de prédire quels patients présentent un risque de développer certains problèmes ou d'évaluer l'effet des initiatives en matière de soins de soutien. Ce manque de données objectives empêche une pratique fondée sur des données probantes en matière de soins de soutien aux survivants du cancer.

Deuxième défi de taille : le manque de coordination. En effet, de nombreux acteurs interviennent dans le suivi médico-social des survivants du cancer. Pour l'instant, cependant, il n'y a personne pour chapeauter l'ensemble du suivi ou intégrer les différentes interventions dans un plan de soutien sur mesure. De plus, les patients et les médecins ne sont pas suffisamment renseignés sur les initiatives disponibles. Il est donc important de lister ces initiatives et de stimuler les échanges d'expériences entre pairs au niveau des soins de soutien.

Pour relever ces défis, il est nécessaire de mettre en place un réseau (local) d'initiatives de soins de soutien répondant aux différents besoins médicaux et psychosociaux des survivants du cancer et de commencer à lister les difficultés rencontrées par les survivants du cancer. Alors, nous serons en mesure de générer des preuves empiriques pour appuyer des initiatives spécifiques en matière de soins de soutien. Enfin, il sera important de transformer notre modèle de soins actuel pour mieux répondre aux besoins spécifiques des survivants du cancer en matière de soins physiques, psychosociaux et de soutien. Cela nécessitera l'organisation d'un suivi coordonné à long terme des patients atteints de

cancer et des efforts pour mieux former les professionnels impliqués dans les soins aux patients atteints de cancer par rapport aux possibilités et aux avantages potentiels des soins de soutien. La reconnaissance des soins de soutien en tant que spécialité en oncologie pourrait constituer une avancée importante à cet égard. Sciensano a mis en place deux initiatives importantes pour relever certains de ces défis, à commencer par des efforts pour mettre en

place un réseau belge des soins de soutien, visant à mener des recherches de qualité dans ce domaine, et deuxièmement, un manuel sur les soins de soutien, qui est en cours de développement. Avec ce manuel, Sciensano souhaite identifier les différents besoins des patients atteints de cancer, résumer les données disponibles sur l'effet des soins de soutien sur ces problèmes et répertorier les initiatives en cours en Belgique ciblant spécifiquement ces problèmes.

CONCLUSION

Dans sa conclusion, le Pr Demedts a souligné que, malgré les progrès importants réalisés dans la gestion du CB, plusieurs défis majeurs nous attendent encore. Le Groupe de travail sur le CB d'*All.Can Belgium* souhaite apporter son humble contribution, en rassemblant autour de ces défis les différents intervenants du parcours thérapeutique des patients atteints d'un CB. Le premier point abordé sera le dépistage du CB. Le Groupe de travail sur le CB mène actuellement une enquête et une série d'entretiens avec les différentes parties prenantes, qui déboucheront sur une table ronde en début d'année prochaine et sur un livre blanc détaillant le rôle potentiel du dépistage du CB en Belgique. D'autres initiatives suivront, toutes visant les domaines où les besoins non satisfaits des patients sont les plus critiques.

Conflits d'intérêt : L'initiative *All. Can Belgium* est rendue possible grâce au soutien financier de Bristol Myers Squibb (founding and sustaining partner), MSD (founding and sustaining partner), Novartis (sustaining partner) Roche (Funding Member), Janssen (Founding Member) et AstraZeneca (Funding Member).

BIBLIOGRAPHIE

1. Belgian Cancer Registry. Cancer Fact Sheet Lung Cancer. ICD10 : C34. Belgium 21. (Consulté le 10/01/24). https://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2021/Cancer_Fact_Sheet_LungCancer_2021.pdf
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(1):7-33.
3. Spiro SG, Rudd RM, Souhami RL, Brown J, Fairlamb DJ, Gower NH, *et al.* Chemotherapy versus supportive care in advanced non-small cell lung cancer: improved survival without detriment to quality of life. *Thorax.* 2003;59(10):828-36.
4. Howlader N, Forjaz G, Mooradian MJ, Meza R, Kong CY, Cronin KA *et al.* The Effect of Advances in Lung-Cancer Treatment on Population Mortality. *N Engl J Med.* 2020;383(7):640-9.
5. Raaschou-Nielsen O, Andersen ZJ, Beelen R, Samoli E, Stafoggia M, Weinmayr G *et al.* Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Lancet Oncol.* 2013;14(9):813-22.
6. International Respiratory Coalition. Lung Cancer. (Consulté le 10/01/24). <https://international-respiratory-coalition.org/diseases/lung-cancer/>
7. Neyt M, Devos C, Thiry N, Silversmit G, De Gendt C, Van Damme N *et al.* Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium (2004-2017). Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 343. D/2021/10.273/23.
8. Bonney A, Malouf R, Marchal C, Manners D, Fong KM, Marshall HM *et al.* Impact of low-dose computed tomography (LDCT) screening on lung cancer-related mortality. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;8(8):CD013829.
9. Fabbro M, Hahn K, Novaes O, Ó'Gráiligh M, O'Mahony JF. Cost-Effectiveness Analyses of Lung Cancer Screening Using Low-Dose Computed Tomography: A Systematic Review Assessing Strategy Comparison and Risk Stratification. *Pharmacoecon Open.* 2022;6(6):773-86.
10. Vergnenègre A, Chouaid C. Review of economic analyses of treatment for non-small-cell lung cancer (NSCLC). *Expert Res Pharmacoecon Outcomes Res.* 2018;18(5):519-28.
11. Wolff HB, Alberts L, van der Linden N, Bongers ML, Versteegen NE, Lagerwaard FJ *et al.* Cost-effectiveness of stereotactic body radiation therapy versus video assisted thoracic surgery in medically operable stage I non-small cell lung cancer: A modeling study. *Lung Cancer.* 2020;141:89-96.
12. Van Meerbeeck J, Snoeckx A. Lung cancer screening in 2022: How should we screen optimally? *BJMO.* 2022;16(6):279-86.
13. Diab Garcia P, Snoeckx A, Van Meerbeeck JP, Van Hal G. A Cross-Sectional Study on the Acceptability of Implementing a Lung Cancer Screening Program in Belgium. *Cancers (Basel).* 2022;15(1):278.
14. Kellen E, Gabriels S, Van Hal G, Goossens MC. Lung cancer screening: intention to participate and acceptability among Belgian smokers. *Eur J Cancer Prev.* 2021;30(6):457-61.
15. Sciensano. Factsheets: Tobacco control policies are needed to change smoking trends, Health Status Report, 26 Oct 2023, Brussels, Belgium, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/factsheets/tobacco-control-policies-are-needed-to-change-smoking-trends>
16. Brunelli A, Kim AW, Berger KI, Addrizzo-Harris DJ. Physiologic evaluation of the patient with lung cancer being considered for resectional surgery: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2013;143(5_Suppl):e166S-190S.
17. Pignon JP, Tribodet H, Scagliotti GV, Douillard JY, Shepherd FA, Stephens RJ *et al.* Lung adjuvant cisplatin evaluation: a pooled analysis by the LACE Collaborative Group. *J Clin Oncol.* 2008;26(21):3552-9.
18. Felip E, Altorki N, Zhou C, Csósz T, Vynnychenko I, Goloborodko O *et al.* Adjuvant atezolizumab after adjuvant chemotherapy in resected stage IB-IIIa non-small-cell lung

- cancer (IMpower010): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 trial *Lancet*. 2021;398(10308):1344-57.
19. Felip E, Altorki N, Zhou C, Vallières E, Martínez-Martí A, Rittmeyer A *et al*. Overall survival with adjuvant atezolizumab after chemotherapy in resected stage II-IIIa non-small-cell lung cancer (IMpower010): a randomised, multicentre, open-label, phase III trial. *Ann Oncol*. 2023;34(10):907-19.
 20. O'Brien M, Paz-Ares L, Marreaud S, Dafni U, Oselin K, Havel L, Esteban E *et al*. Pembrolizumab versus placebo as adjuvant therapy for completely resected stage IB-IIIa non-small-cell lung cancer (PEARLS/KEYNOTE-091): an interim analysis of a randomised, triple-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2022;23(10):1274-86.
 21. Forde PM, Spicer J, Lu S, Provencio M, Mitsudomi T, Awad MM *et al*. Neoadjuvant Nivolumab plus Chemotherapy in Resectable Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2022;386(21):1973-85.
 22. Heymach J, Harpole D, Mitsudomi T, *et al*. AEGEAN: A phase 3 trial of neoadjuvant durvalumab + chemotherapy followed by adjuvant durvalumab in patients with resectable NSCLC Presented at AACR 2023: Abstract CT005.
 23. Wakelee H, Liberman M, Kato T, Tsuboi M, Lee SH, Gao S *et al*. Perioperative Pembrolizumab for Early-Stage Non-Small-Cell Lung Cancer *N Engl J Med*. 2023;389(6):491-503.
 24. Lu S, Wu L, Zhand W, *et al*. Perioperative toripalimab + platinum-doublet chemotherapy vs chemotherapy in resectable stage II/III non-small cell lung cancer (NSCLC): interim event-free survival (EFS) analysis of the phase III Neotorch study. *J Clin Oncol*. 2023;41(suppl 36):425126.
 25. Cascone T, Awad MM, Spicer J, *et al*. CheckMate 77T: Phase 3 study comparing neoadjuvant nivolumab plus chemotherapy with neoadjuvant placebo plus chemotherapy followed by surgery and adjuvant nivolumab or placebo for previously untreated, resectable stage II-IIIb NSCLC. *Ann Oncol*. 2023;34(suppl 2):S1295
 26. Aupérin A, Le Péchoux C, Rolland E, Curran WJ, Furuse K, Fournel P *et al*. Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28(13):2181-90.
 27. Spigel DR, Faivre-Finn C, Gray JE, Vicente D, Planchard D, Paz-Ares L *et al*. Five-Year Survival Outcomes From the PACIFIC Trial: Durvalumab After Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol*. 2022;40(12):1301-11.
 28. Hendriks LE, Kerr KM, Menis J, Mok TS, Nestle U, Passaro A *et al*. Non-oncogene-addicted metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2023;34(4):358-76.
 29. Frampton GM, Fichtenholtz A, Otto GA, Wang K, Downing SR, He J *et al*. Development and validation of a clinical cancer genomic profiling test based on massively parallel DNA sequencing. *Nat Biotechnol*. 2013;31(1):1023-31.

Travail reçue le 30 janvier 2024 ; accepté dans sa version définitive le 22 février 2024.

AUTEUR CORRESPONDANT :

A. AWADA
Institut Jules Bordet
Département d'Oncologie
Rue Meylemeersch, 90 – 1070 Bruxelles
E-mail : ahmad.awada@bordet.be