

## ESCAP-2011-CPHG

Etude de Suivi des Cancers du Poumon

Cher(e)s collègues, cher(e)s ami(e)s,

Après quelques mois de silence qui ne signifient pas pour autant quelques mois d'inactivité, bien au contraire, nous avons le plaisir de vous faire parvenir cette nouvelle newsletter, la première de l'année 2013.

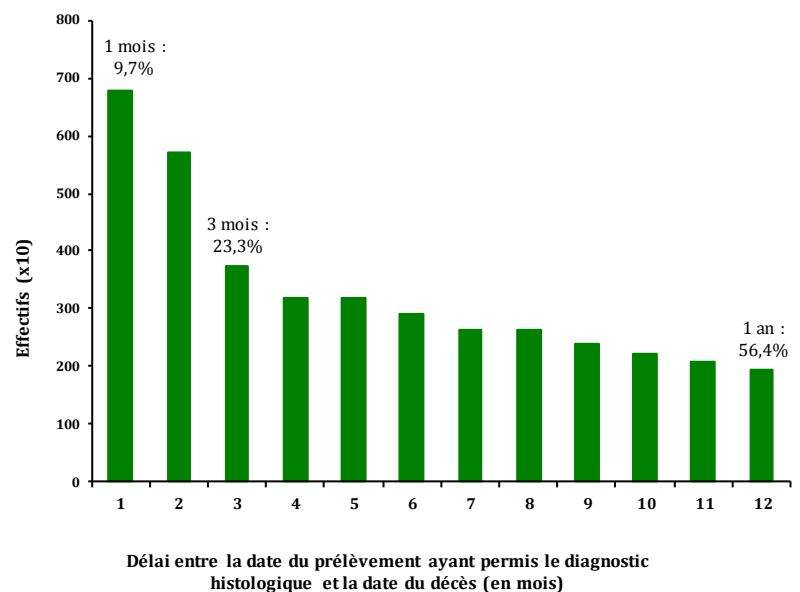
### KBP-2010-CPHG

**Au cours du premier trimestre 2013, la base de données de KBP-2010-CPHG s'est enrichie des premiers résultats de mortalité à 1 an.**

Grâce à votre travail et celui des attachés de recherche clinique, le statut vital à 1 an de 6 981 des 7 051 patients inclus dans la cohorte KBP-2010-CPHG (99,0%) a pu être recueilli.

**Sur ces 6 981 patients, 3 939 (56,4%) étaient décédés 1 an après la réalisation du prélèvement histologique ou cytologique ayant permis le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire primitif (CBP).**

La figure ci-contre présente la répartition de ces 3 939 décès selon le délai entre la date de prélèvement ayant permis le diagnostic (dite date du diagnostic) et la date du décès.

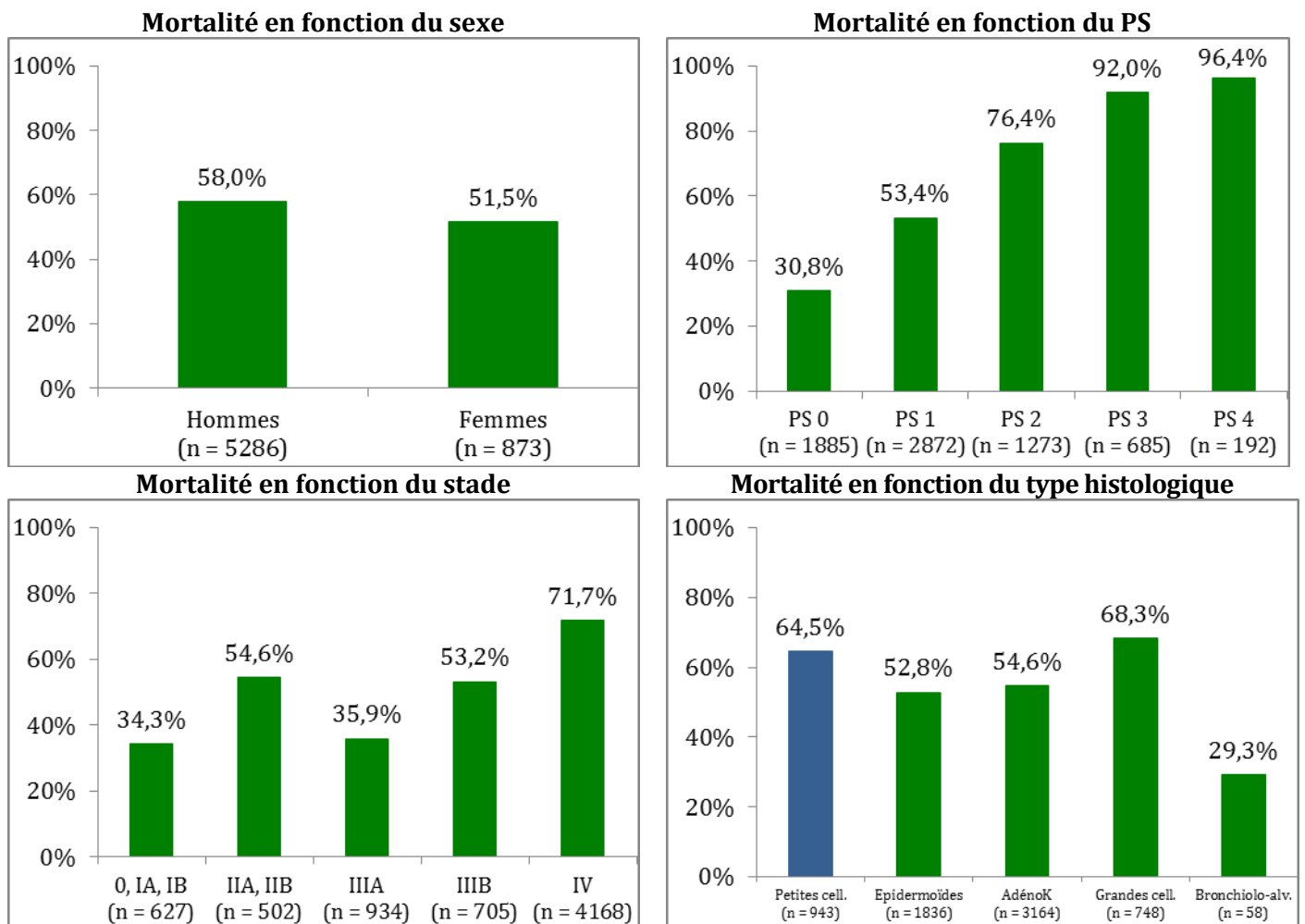


**En France, en 2010, environ 1 patient sur 10 avec un CBP suivi dans un centre hospitalier général décède dans le mois du diagnostic, environ 1 patient sur 4 décède dans les 3 mois, et finalement moins d'1 patient sur 2 est encore vivant 1 an après le diagnostic.** Ces chiffres confirment que le CBP est toujours l'un des cancers les plus meurtriers.

**La survie à 1 an des patients avec un CBP s'est cependant améliorée en 10 ans.** En 2000, la mortalité à 1 an était de 61,8% ; elle est en 2010 de 56,4%. Cette amélioration de la survie s'explique par une diminution significative de la mortalité à 1 an chez les patients ayant un cancer non à petites cellules (CBNPC). **En cas de CBNPC, la mortalité à 1 an était de 60,7% en 2000 et de 55,2% en 2010 (p < 0,01).**

**A ce jour, il n'est pas possible de savoir si cette amélioration de la survie est liée à des changements dans les caractéristiques des patients et de la tumeur au moment du diagnostic ou à une meilleure prise en charge.** En effet, la mortalité à 1 an varie en fonction des caractéristiques des patients, or ces caractéristiques ont également significativement évolué en 10 ans<sup>1</sup>.

Les figures qui suivent présentent le pourcentage de patients de la cohorte KBP-2010-CPHG décédés à 1 an selon deux caractéristiques du patient (le sexe et l'état de santé mesuré avec le *performance status* ou PS), et deux caractéristiques de la tumeur (le stade évalué par la 7<sup>ème</sup> édition de la classification TNM et le type histologique). Ces résultats ont été présentés le 3 février 2013 au CPLF. Le titre de la présentation était « Amélioration de la survie à 1 an chez les patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire (CBP) primitif : études KBP-2000-CPHG (N = 5667) et KBP-2010-CPHG (N = 7051) ».



**Des analyses complémentaires sont actuellement en cours afin de (1) dessiner le profil des patients à risque de décès précoces (décès moins de 3 mois après le diagnostic) et (2) déterminer les facteurs à l'origine de l'amélioration de la survie à 1 an lors de CBNPC.** Les résultats de ces analyses devraient permettre de rédiger 2 articles différents sur la mortalité.

<sup>1</sup> **Pour mémoire**, les premiers résultats de KBP-2010-CPHG ont montré que les femmes, les non-fumeurs, les patients ayant un cancer avancé, et ceux ayant un adénocarcinome sont plus nombreux en 2010 qu'en 2000.

## Au cours du premier trimestre 2013, les données spécifiques aux cancers à petites cellules ont également été analysées.

**En 2010, 968 patients de la cohorte KBP-2010-CPHG avaient un cancer à petites cellules.**

**La survie chez les patients ayant un cancer à petites cellules suivis dans un centre hospitalier en 2010 ne s'est pas améliorée en 10 ans en France : le taux de mortalité à 1 an en 2010 est 64,2%, il était de 66,9% en 2000 (p = 0,44). Ce taux de mortalité reste toujours nettement supérieur à celui rapporté chez les patients avec un CBNPC (55,2% en 2010 et 60,7% en 2000).**

Un abstract intitulé « *Study KBP-2010-CPHG: Characteristics and management of 968 new cases of small-cell lung cancer (SCLC)* » résumant ces données a été déposé auprès de l'ASCO. Cet abstract a été retenu uniquement pour publication.

Des analyses sont actuellement en cours afin de déterminer si les caractéristiques des patients, de la tumeur et de sa prise en charge ont évolué en 10 ans. Les résultats de ces analyses devraient permettre de rédiger un article spécifique des cancers à petites cellules.

**Egalement au cours du premier trimestre 2013**, un abstract intitulé « *Major changes in men with non-small-cell lung cancer (NSC LC) in 10 years: the KBP-2000-CPHG and KBP-2010-CPHG cohorts* » a été déposé pour le congrès de l'ERS. Cet abstract a pour objectif d'attirer l'attention des lecteurs sur les changements épidémiologiques majeurs survenus depuis 10 ans chez les patients de sexe masculin : augmentation du pourcentage de non-fumeurs parmi les malades et d'adénocarcinomes parmi les tumeurs.

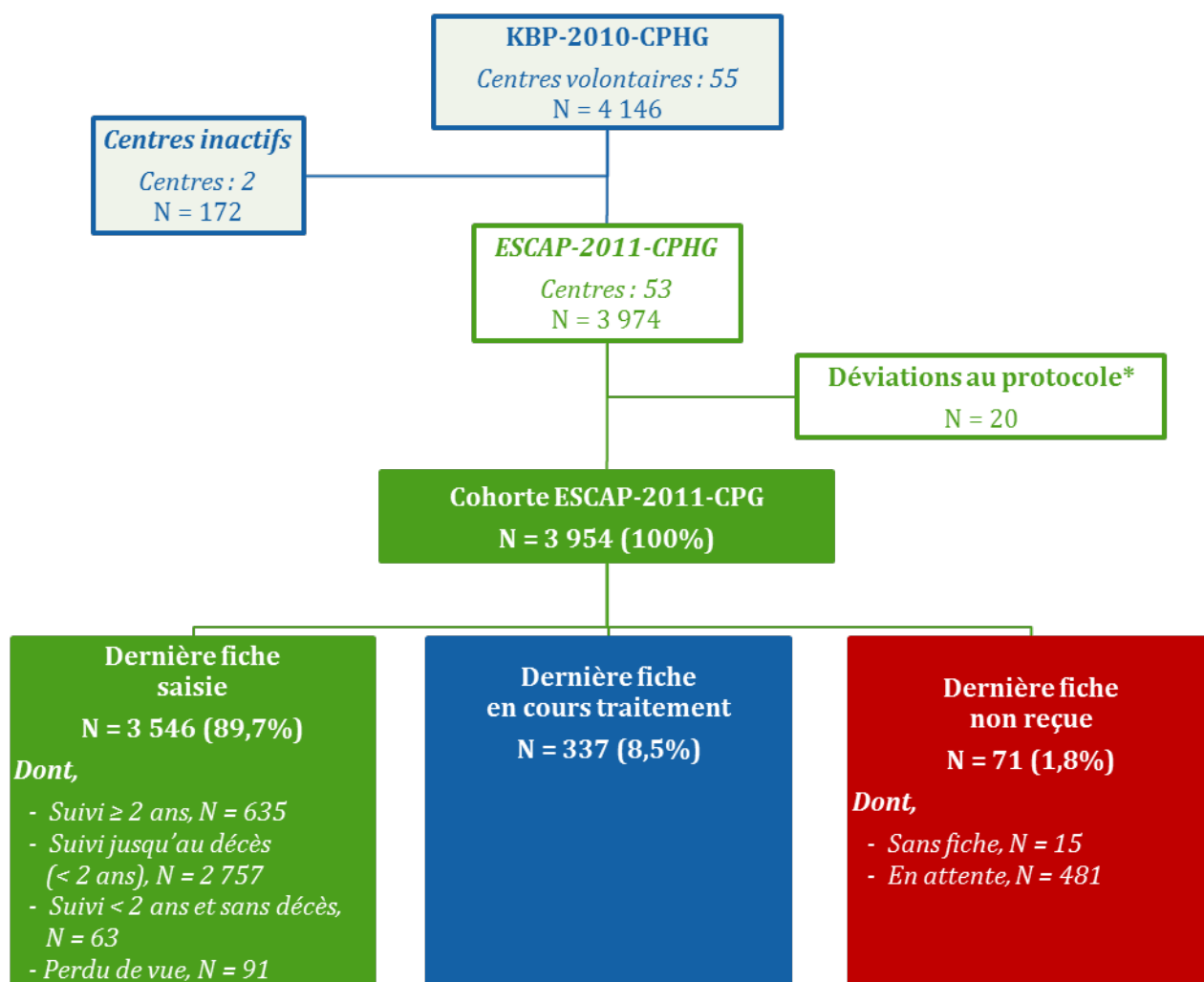
**Enfin, l'article sur les changements observés en 10 ans sur l'épidémiologie du CBP et intitulé « *Major changes in lung cancer over the last ten years in France : the KBP-CPHG studies* » a été accepté par la revue Lung Cancer et est disponible en ligne sur le site de la revue.**

## ESCAP-2011-CPHG

La figure page suivante présente l'activité des centres participant à l'étude ESCAP-2011-CPHG au 20 mars 2013. A ce jour, seules quelques fiches sont encore en cours d'attente (N = 71) ou de vérification (N= 337).

Une fois toutes les fiches collectées et vérifiées, des contrôles de cohérence seront réalisés. Ces contrôles devraient s'effectuer d'avril à juin. **Il est alors possible que nous revenions vers votre centre pour obtenir des compléments d'information.**

**Nous sommes sur la dernière ligne droite pour ESCAP. Chaque réponse est importante ! Nous comptons sur vous et sur votre réactivité à répondre aux questions pour pouvoir clore avant l'été la base de données. Merci par avance pour ces derniers efforts.**



\* patients ne répondant pas aux critères d'inclusion dans ESCAP. Par exemple : lame histologique relue et CBP non confirmé.

## Divers

Pour conclure, le comité scientifique a récemment réfléchi afin de trouver la solution la plus pertinente pour qu'un maximum de centres investigateurs soient cités le plus justement possible dans les futurs articles KBP-2010-CPHG (le premier article en cours de publication dans Lung Cancer ayant quant à lui été signé par les membres du comité scientifique).

**Les critères de citation retenus pour les auteurs des articles sont présentés suivante.**

<b>Abstracts /articles</b>	Gestion séparée (la valeur des articles > à celles des abstracts)
<b>Abstracts</b>	<p><b>Liste des auteurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auteurs sélectionnés et classés en fonction du nombre d'inclusions</li> <li>• Auteur(s) de l'abstract + <b>1 seul auteur par centre analysé</b> (n= 104) + Michel Grivaux +/- Francis Martin</li> <li>• Préparation liste des auteurs par 1<sup>er(s)</sup> auteur(s)</li> <li>• Validation par Michel Grivaux et Francis Martin</li> </ul>
<b>Communication orale et poster (suite acceptation abstract)</b>	<p><b>Liste des auteurs</b></p> <p>Tous les auteurs de l'abstract sont cités sur la diapositive de titre ou sous le titre du poster</p> <p><b>Remerciements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité scientifique systématiquement cité</li> <li>• Remerciements de tous les investigateurs des centres actifs (n = 119) sur diapositive finale et si possible sur poster</li> </ul>
<b>1<sup>er</sup> article (Lung Cancer)</b>	<p><b>Liste des auteurs</b></p> <p>Comité scientifique au complet</p> <p><b>Remerciements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité scientifique systématiquement cité</li> <li>• Remerciements de tous les investigateurs des centres actifs (n = 119)</li> </ul>
<b>Articles suivants</b>	<p><b>Liste des auteurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et éventuellement 3<sup>ème</sup> auteurs sont ceux ayant écrit l'article (au maximum 2 auteurs dans le même centre).</li> <li>• Auteurs suivants sélectionnés en fonction du nombre d'inclusions après répartition dans 3 groupes : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gros recruteurs ≥80 patients (35 centres)</li> <li>2. Moyen recruteurs ≥50 patients et &lt;80 patients (35 centres)</li> <li>3. Petits recruteurs &lt;50 patients (34 centres)</li> </ol> </li> <li>• Derniers auteurs Michel Grivaux +/- Francis Martin</li> <li>• Préparation liste des auteurs par les auteur(s) ayant écrit l'article</li> <li>• Validation par le Comité scientifique</li> </ul> <p><b>Remerciements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité scientifique systématiquement cité</li> <li>• Remerciements de tous les investigateurs des centres actifs (n = 119)</li> </ul>

Aussi, si vous ne voyez pas votre nom sur un abstract ou un article, rappelez-vous que 104 centres investigateurs ont été retenus dans les analyses et que le plus gros recruteur a inclus 193 patients dans l'étude. Compte-tenu de la richesse scientifique de KBP-2010-CPHG et des critères de citation, le nom de votre centre apparaîtra dans au moins une publication.

**Attention ! Il n'est prévu de citer par article qu'un auteur par centre. Aussi, pour chaque publication, si nous constatons que dans votre centre plusieurs investigateurs ont participé à l'étude, nous reviendrons vers vous pour que vous nous précisiez le nom de l'investigateur à faire figurer comme auteur. Les autres investigateurs apparaîtront dans les remerciements en fin d'article.**

**Encore merci pour tout ce travail.**

Bien confraternellement et amicalement,

**Michel Grivaux, investigateur-coordonateur de l'étude,  
François Blanchon, vice-président du CPHG,  
Francis Martin, président du CPHG.**