

## Tabac et cancer : continuons le combat !

**Professeur Laurent GREILLIER**

Aix-Marseille Université, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille



Le tabagisme représente aujourd'hui la principale cause de décès évitables dans le monde. Il est en effet identifié comme un facteur de risque dans de nombreux cancers (au moins 17 !) et il tue près de 6 millions de personnes chaque année (soit environ 10 % de la mortalité mondiale), dont 600 000

par tabagisme passif [1-2]. En France, on estime que le tabac est responsable de 78 000 décès par an, dont 47 000 par cancer [3].

La lutte contre le tabagisme reste donc une priorité absolue en termes de santé publique. Aussi, les efforts de prévention primaire doivent être maintenus et intensifiés dans notre pays, en ciblant tout particulièrement les plus jeunes. Concernant la prévention secondaire, il est essentiel de rappeler que le sevrage tabagique est toujours bénéfique, quel que soit l'âge du fumeur au moment du sevrage [4-6]. Par conséquent, il appartient à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, de se mobiliser pour apporter aux sujets fumeurs une aide au sevrage tabagique.

Chez les patients souffrant de cancer, l'obtention d'un sevrage tabagique est également un objectif thérapeutique à part entière. En effet, il est démontré que la persistance du tabagisme après le diagnostic de cancer a un impact pronostique négatif [7] et que le risque de développer un deuxième cancer est également augmenté. De plus, le tabagisme actif accroît la toxicité des traitements anticancéreux, qu'il s'agisse de la chirurgie, de la radiothérapie ou de la chimiothérapie.

Par ailleurs, l'exposition systémique à certaines thérapies ciblées (inhibiteurs tyrosine-kinase de l'EGFR par exemple) est réduite chez les fumeurs du fait de l'effet inducteur enzymatique (sur le cytochrome P450 notamment) de la fumée de tabac. Enfin, le tabagisme actif altère la qualité de vie des patients souffrant de cancer.

Pour toutes ces raisons, la systématisation de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les patients fumeurs apparaît clairement comme un élément central de la prise en charge en oncologie. Cet objectif appelle à une amélioration des pratiques cliniques et une implication encore plus forte des équipes soignantes et des établissements de soins. L'Institut National du Cancer a d'ailleurs édité récemment un fascicule à l'attention des professionnels de santé, pour nous aider dans cette dynamique [9].

En complément de l'aide au sevrage tabagique, la mise en place d'un programme de dépistage de masse des cancers liés au tabac est un enjeu majeur en termes de santé publique. A ce propos, l'essai américain NLST a montré des résultats plutôt édifiants : une réduction de la mortalité spécifique par cancer bronchique de 20,0 %, et une réduction de la mortalité globale de 6,7 %, grâce à la réalisation annuelle d'une tomodensitométrie thoracique « faible dose » chez des sujets fumeurs à haut risque de cancer bronchique [10]. Aussi, de nombreuses sociétés savantes, nord-américaines notamment, recommandent aujourd'hui ce dépistage en routine, mais pas encore la France... Espérons que cela change prochainement !

### Références

1. Jha P. Deaths and taxes: stronger global tobacco control by 2025. *Lancet* 2015; 385: 918-20. PMID: 25784330
2. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011; 377: 139-46. PMID: 21112082
3. Rihassin-Majed L et Hill C, *Eur J Public Health* 2015; 25: 824-8. PMID: 25958238
4. Pirie K, Peto R, Reeves G., et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013; 381:133-141. PMID: 23107252
5. Doll R, Peto R, Boreham J et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj* 2004; 328; 1519. PMID: 15213107
6. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 341-350. PMID: 23343063.
7. Warren GW, Kasza KA, Reid ME, Cummings KM, Marshall JR. Smoking at diagnosis and survival in cancer patients. *Int J Cancer* 2013; 132: 401-10. PMID: 22539012
8. Hamilton M, Wolf JL, Rusk J, et al. Effects of smoking on the pharmacokinetics of erlotinib. *Clin Cancer Res* 2006; 12: 2166-71. PMID: 16609030.
9. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Arret-du-tabac-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-de-cancer-Systematiser-son-accompagnement>
10. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 2011; 365:395-409. PMID: 21714641