PROBLEMATIQUE DU CANCER BRONCHIQUE DANS LESERVICE DE PNEUMOLOGIE DU POINT G BAMAKO MALI

DIALLO. S(1), KAPTUE. Y(1), SISSOKO. F(1), M'BAYE. O(1), GOMEZ. P(1)
(1): Service de pneumologie de l'hôpital du point G, Bamako Mali
BP : 333 ; TEL : (223) 2 22 50 03

RESUME
Les auteurs rapportent les résultats d'une étude rétrospective sur les cancers bronchiques observés dans le service de PPH de l'hôpital du point G de Bamako pendant une période allant du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2003.
Le but était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer bronchique
Sur 669 hospitalisés, 36 cas de cancer bronchique étaient diagnostiqués soit une prévalence de 5.36 %. L'âge moyen des patients était de 54.5 ans avec des extrêmes de 35 et 80 ans. Notre série était composée de 27 hommes et de 9 femmes avec un sexe ratio de 3 en faveur des hommes. Le tabagisme était le principal facteur de risque retrouvé (69,4 %) avec une moyenne de 20.9 paquets année. Le mode de tabagisme prédominant était la cigarette (92 %). Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient la douleur thoracique (72.2 %) ; la toux (56.6 %) ; la dyspnée (22.2 %). Le type histologique était retrouvé dans 19,4 % des cas, le carcinome épidermoïde était le plus fréquent avec 42,9 % des cas. 93,4 % des patients n'avaient bénéficié que d'un traitement palliatif.
Le cancer bronchique pose d'énormes problèmes aux praticiens des pays sous équipés. Son pronostic effroyable est lié aux retards et insuffisances diagnostiques et thérapeutiques
Mots clés : cancer, bronchique, Bamako, Mali

SUMMARY
The authors report the results of a retrospective study on the bronchial cancers observed in the service of PPH of the hospital of the point G of Bamako during the time active of January 1, 1999 to December 31, 2003.
The goal was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of bronchial cancer
On 669 in-patients, 36 cases of bronchial cancer were diagnosed either a prevalence of 5,36 %. the average age of the patients was 54,5 years with the extreme ones going from 35 to 80 years. Our series was made up of 27 men and 9 women with a sex ratio of 3 in favor of the men. The nicotinic was the principal factor of risk (69,4 %) with an average of 20,9 packages year. The mode of prevalent nicotinic was the cigarette (92 %). The functional signs most frequent were the thoracic pain (72,2 %); cough (56,6 %); dyspnea (22,2 %). The histological type was found in 19,4 % of the cases, carcinomas épidermoíde were more frequents(42,9 %). 93,4 % of the patients had profited only from one palliative treatment.
Bronchial cancer poses enormous problems with the experts of the countries under equipped. Its appalling forecast is related to the delays and insufficiencies diagnostic and therapeutic
Key words: Cancer, bronchial, Bamako, Mali

INTRODUCTION : Le cancer broncho-pulmonaire est le premier cancer en fréquence (11,8 % de tous les cancers) et en gravité. C'est le cancer le plus fréquent du monde [1, 2]. Il constitue la première cause de décès par cancer chez l'homme dans tous les pays développés[3,4]. Chez la femme il est en passe, en Amérique de supplanter en fréquence le cancer du sein et de passer ainsi au premier rang [5]. On estime le nombre de nouveaux cas par an à 28000 en France et à plus de 150000 aux états unis [6,7]. L'incidence et la prévalence sont proches ce qui témoigne du pronostic désastreux de cette maladie [1,8]. Paradoxalement, une de ses particularités est d'être accessible à la prévention puisque son principal facteur de risque, le tabagisme est identifié [1, 7, 8]. Le cancer broncho-pulmonaire est donc un véritable problème de santé publique.
Au Mali, les premiers cas de cancer ont été diagnostiqués entre 1941 et 1943 dans ce qui était à l'époque le Soudan Français. Le cancer broncho-pulmonaire spécifiquement a fait l'objet de très peu d'études ; aucune étude antérieure à 1985 ne lui avait été consacrée [9] ; d'où la nécessité de faire le point sur cette pathologie grave.

MATERIEL ET METHODE
Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur l'analyse de dossiers de patients hospitalisés dans le service de pneumo-phtisiologie (PPH) de l'hôpital du point G (HPG) de Bamako entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2003.
Les dossiers retenus 'taient ceux de patients hospitalisés pour cancer bronchique durant

la période d'étude. Les dossiers incomplets n'étaient pas retenus. Etaient considérés comme incomplets les dossiers ne comportant pas de radiographie thoracique de face et au moins un résultat de cytologie.
Une fiche de collecte de données comportant des données anamnestiques, cliniques et paracliniques a été établie

RESULTATS

I Aspects épidémiologiques

De janvier 1999 à décembre 2003 (5 ans) le service de PPH du point G a reçu et hospitalisé 669 patients dont 36 cas de cancer bronchique soit une prévalence de 5, 58 %.
L'âge moyen des patients était de 54,5 ans avec des extrêmes allant de 35 à 80 ans. La tranche d'âge de 61 à 70 ans était la plus représentée avec 33,3 % des cas.
Notre série était composée de 27 hommes et de 9 femmes avec un sexe ratio de 3 en faveur des hommes.
Le tabagisme était le principal facteur de risque retrouvé chez 69,4 % de nos patients avec une moyenne de 20,9 paquets année. Le mode de tabagisme prédominant était la cigarette (92 %).

II Aspects cliniques et paracliniques.

L'état général était altéré dans 75 % des cas au moment de l'admission dans le service. Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient la douleur thoracique (72,2 % des cas) ; la toux (56,6 des cas) ; la dyspnée (22,2 % des cas) Les patients présentaient des antécédents pathologiques variés rapportés au tableau I
Tous nos patients avaient au moins une radiographie du thorax, les principales images étaient l'association opacité ronde-atéléctasie et les opacités rondes uniques dans respectivement 30.5 et 27,8 % des cas.(tableau II)
La fibroscopie bronchique a été réalisée chez 80,8 % de nos patients et les résultats sont rapportés au tableau III
Le type histologique était retrouvé dans 19,4 % des cas, le carcinome épidermoïde était le plus fréquent avec 42,9 % des cas.
L'échographie abdominale n'était réalisée que dans 33,3 % des cas
Le scanner thoracique a été réalisé chez 16,7 % de nos patients

III Prise en charge et évolution

Le délai d'attente des résultats anatomopathologiques étaient supérieurs à 15 jours dans 80 % des cas.
93,4 % des patients n'avaient bénéficié que d'un traitement palliatif.
Les résultats de la prise en charge sont rapportés au tableau IV

COMMENTAIRES

1 Aspects épidémiologiques

Notre travail était une enquête d'observation et non une étude contrôlée, du fait de nombreux dossiers inexploitables.
La prévalence du cancer bronchique est diversement appréciée par les auteurs, en effet Keïta B avait trouvé 3,5 % [10] ; Ben Ahmed en Algérie 1,8 %[11] et N'Nguemby au Gabon 4, 4 %[12]. Par contre, nous pensons que la prévalence est sous estimée dans notre série (5,38 %) compte tenu des réserves méthodologiques que nous avons observées.
La tranche d'âge la plus touchée était celle des 71 à 80 ans avec un âge moyen de 54,5 ans, Ces données sont comparables à celles de Jabri L au Maroc(age moyen de 55 ans)[13] ; ou encore à celles de Domoua. K en Côte d'Ivoire(51,2 ans)[14]. En France[15], l'age moyen des femmes(63ans) est inférieur d'un an à celui des hommes. L'age moyen de survenu des cancers broncho-pulmonaires correspond en général à celui de tous les cancers au Mali(vers les 50 ans)[9] et 55 ans au Bénin[16]. Il pourrait également s'expliquer par la durée de l'exposition au tabagisme dans la genèse des cancers bronchiques, en effet la période de latence avant que l'effet des habitudes tabagiques ne se manifeste est évaluée à 20-30 ans.
Dans notre étude 75 % des patients étaient des hommes, ce qui est conforme aux résultats de la littérature en Afrique et en Europe[10,14,15,16]. Ceci pourrait s'expliquer par la limitation culturelle et économique du tabagisme féminin. Les femmes, en Afrique fument peu ou pas du tout ; elles sont en revanche exposées aux conséquences néfastes du tabagisme du conjoint. Il est à craindre que l'évolution des mœurs ainsi que l'émancipation de la femme contribuent comme en Europe et aux Etats Unis à l'essor d'un tabagisme féminin plus marqué.
64,4 % de nos patients étaient tabagiques, ce qui est comparable aux 68,6 % de Dao.S[17], aux 66,6 % de Domoua[14] et aux 68 % de Jabri L[13]. La consommation moyenne était de 20,9 paquets/année, ce qui est comparable aux 20 paquets/année de Keita. B[10], mais bien inférieur aux 31 paquets/année de Dao. S [17]. Dans les pays occidentaux la consommation annuelle de tabac diminue de 1 % par an, tandis qu'elle augmente de 1 à 2 % par an dans les pays en développement[18]. L'exposition au tabac et plus particulièrement à la cigarette est le facteur de risque le plus important retrouvé dans notre étude. Aucun autre

facteur de risque n'avait été retrouvé contrairement en occident, où il est généralement admis que 5 à 10 % des cancers broncho-pulmonaires sont dus aux expositions professionnelles, le tabagisme agissant parfois comme facteur multiplicatif du risque relatif lié à ces expositions.

2 Aspects cliniques et paracliniques

L'état général était altéré chez 75 % de nos patients à leur admission au service, ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patients n'arrivent aux services compétents qu'après plusieurs étapes(guérisseurs, infirmiers, médecins de centres de santé) et après plusieurs traitements infructueux.

Les principaux signes fonctionnels étaient la douleur thoracique, la toux et la dyspnée dans respectivement 72,2 ; 56,6 et 22,2 % ce qui est conforme à toutes les séries africaines[10,14, 17]. La douleur thoracique dénote souvent une atteinte pariétale, ce qui impliquerait un stade assez avancé de la maladie

Si dans notre série, la radiographie du thorax et la fibroscopie bronchique avaient été réalisées de façon systématique le type histologique n'avait été retrouvé que dans 19,4 % des cas. L'échographie abdominale n'était réalisée que dans 33,3 % des cas et le scanner que dans 16,7 %. Ces examens qui sont essentiels pour le bilan d'extension loco-régionale et métastatique sont entièrement à la charge du patient qui à son admission à l'hôpital n'a plus les ressources nécessaires pour les faire.

3 Prise en charge et évolution

le délai d'attente des résultats anatomopathologiques était supérieur à 15 jours dans 80 % des cas, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y avait qu'un seul laboratoire d'anatomopathologie pour tout le pays avec un nombre très limité de médecins et de techniciens.

93,4 % des patients n'avaient bénéficié que d'un traitement palliatif. Le traitement palliatif comportait selon les cas un traitement antalgique, un rééquilibrage nutritionnel, une psychothérapie et un talcage pleural.

4 Perspectives

La problématique de la prise en charge du cancer bronchique est surtout lié :

- aux faibles moyens économiques des pays en voie de développement
- à l'absence d'équipes multidisciplinaires capable de prendre en charge le cancer bronchique dans tous ses aspects(pneumologues, chirurgiens thoraciques, oncologues, radiologues, nutritionnistes, anatomopathologistes, psychologues et assistants sociaux)
- à l'absence de sensibilisation et de véritables<< campagnes anti-tabac>>

CONCLUSION

Le cancer bronchique pose d'énormes problèmes aux praticiens des pays sous équipés. Son pronostic effroyable est lié aux retards et insuffisances diagnostiques et thérapeutiques

BIBLIOGRAPHIE

1. QUOIX E.,SCHRAUB L.
Cancers broncho-primitifs : Epidémiologie, Etiologie, Anatomie Pathologie, Diagnostic et Traitement.
Faculté de Médecine ULP-Strasbourg France. Enseignement 2003
2. FATTORUSSO V., REITER O.
Vade-mecum clinique 2001, Masson pp 881-893
3. HIRSCH A., TREDANIEL J.
Réduire la mortalité par cancer du poumon.
Prévention plus dépistage.
Presse Méd. 1999 ; 18 : 1814-6
4. OSANN KE.
Lung cancer in women the importance of smoking family. History of cancer and medical history of disease.
Cancer Res. 1991, 51: 4897
5. HARRINGTON J. M.
Lung cancer in occupational lung disorder.
Edition Bull Worth Heinemann Ltd Oxford 2000 pp 644-646
6. BOHUSLAVIZKI KH., KLUTMAN S., KROGER S. Et FOGPE A.
Detection of unknown primary tumors, Jnucls Méd. 2000 pp 41-48; 16-22
7. BOUTIN C., VIALLAT J-R.
Pathologie pleurale en pneumologie médecine-science.
Flammarion, Paris 1996 : pp 643-73
8. AUBIER M., FOURNIER M.
Epidemiology of bronchiolo-alveolar carcinoma.
Bromaker rev. 1992: 339-44
9. KONANDJI M.
Contribution à l'étude des cancers broncho-pulmonaires en milieu hospitalier à Bamako.
Thèse Méd. 1985
10.KEITA B., KONANDJI M., SANGARE S.
Le cancer en milieu hospitalier à Bamako.
Médecine d'Afrique Noire, 39(11)
11. BEN AHMED A., KOUROUGHLI M.
La place du cancer de poumon dans un service de médecine à Alger
Communication à la société algérienne de pneumo-phtisiologie 1998
12. N'GUEMBY M., BINA C., KLOTZE E.

Les cancers du poumon au Gabon
Méd. Afr. Noire 1987, 34 ;(11) 951-955
13. JABRI L., ZAMIATI S., TROMBATI N., IRAQUI A.
Rendement diagnostic des prélèvements fibroscopiques dans les cancers broncho-pulmonaires.
Maghreb Médical n* 332 janvier 1999
14. DOMOUA K., EOLHIE S., COULIBALY M.
Apport de la fibroscopie bronchique dans le diagnostic des cancers bronchiques primitifs à Abidjan
Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45(3)
15. ALD 30
Affection longue durée, études et enquêtes
URCAM de Poitou-Charentes juillet 2002
16. ZINSOU C. P., FOURIN L., ZOUHOUM T.
Aspects épidémiologiques des cancers au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou.
Médecine d'Afrique Noire 1990, 37(5)
17. Dao. S.
Le tabac : Aspects économiques et effets sur la santé en milieu hospitalier à Bamako.
Thèse de Méd. 1997.

Tableau I : Répartition des patients selon leurs antécédents respiratoires

Antécédents respiratoires	Nombre de cas	%
Suppuration pulmonaire	7	19,4
BPCO	7	19,4
Pneumopathie non suppurée	6	16,7
Asthme	4	11,1
Indéterminé	12	33,4
Total	36	100

Tableau II : Répartition des patients selon le type d'images radiologiques

Image radiologique	Nombre de cas	%
Opacité+ Atélectasie	11	30,5
Opacité ronde unique	10	27,8
Opacité médiastinale	7	19,4
Atélectasie	5	13,8
Epanchement pleural	3	8,3
Total	36	100

Tableau III : Répartition des patients selon les résultats de l'endoscopie bronchique

Examen	Nombre de cas	%
Cytologie du liquide d'aspiration	22	75,9
Histologie	7	24,1
Aspect macroscopique évocateur	29	100
Total	29	100

Tableau IV : Répartition des patients selon le type de prise en charge

Traitement	Nombre de cas	%
Traitement palliatif	34	93,4
Chirurgie	2	5,6
Chimiothérapie	0	0
Radiothérapie	0	0
Total	36	100