



Revue de Pneumologie Tropicale

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Aka-Danguy Elisabeth (Côte d'Ivoire)

COMITE DE REDACTION

Rédacteur en chef :

Koffi N'goran Bernard (Côte d'Ivoire)

Rédacteurs adjoints :

Ouédraogo Martial (Burkina-Faso)

Sokpo Homéfa (Togo)

Kuaban Christopher (Cameroun)

N'gom Abdou Karim Sévérin (Côte d'Ivoire)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Gninanfou Martin (Bénin)

Tidjani Osséni (Togo)

Hane A. Almamy (Sénégal)

Sow Oumou (Guinée)

Domoua Kouao (Côte d'Ivoire)

Coulibaly Gahoussou (Côte d'Ivoire)

Ba Mamadou (Sénégal)

Sanogo-N'dhatz Méliane (Côte d'Ivoire)

Achi Vincent (Côte d'Ivoire)

Kéita Ba (Mali)

Daix Thomas (Côte d'Ivoire)

Mboussa Joseph (Congo)

Yapi Achi (Côte d'Ivoire)

Boguikouma Jean Bruno (Gabon)

Tanauh Yves Raymond (Côte d'Ivoire)

N'diaye Mamadou (Sénégal)

Napo-Koura (Togo)

Anagonou Séraphin (Bénin)

Kane El Hadj Malick (Mauritanie)

Dah Cyrille (Côte d'Ivoire)

Kéita Kader (Côte d'Ivoire)

Kouassi Boko (Côte d'Ivoire)

MEMBRES HONORAIRES

Coulibaly N. (Côte d'Ivoire) †

Sangaré S. (Mali)

Kane A. (Sénégal)

Amédomé A. (Togo)

Fadiga D. (Côte d'Ivoire) †

Tiendrébéogo H. (Burkina Faso) †

Bureau SAPLF

Président :

E. AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)

Vice-Président :

A.A. HANE (Sénégal)

Secrétaire Général :

B.N. KOFFI (Côte d'Ivoire)

Secrétaire Général Adjoint :

A.B. KOUASSI (Côte d'Ivoire)

Trésorier :

S.A. N'GOM (Côte d'Ivoire)

Trésorier Adjoint :

C.A. AKE (Côte d'Ivoire)

Membres d'honneur :

O. TIDJANI (Togo)

M. GNINANFON (Bénin)

O. SOW (Guinée)

SOMMAIRE

Rééducation des patients ayant subi une laparotomie en milieu hospitalier universitaire à Cotonou.

Kpadonou GT, Mehinto D, Ade G, Alagnide E, Nikiema B, Padonou N. 9

Problématique du Cancer bronchique primitif en milieu hospitalier à Dakar.

Diatta A, Agodokpessi G, Ndiaye M, Dia Y, Toure ON, Ba/Diop S, Mbatchou H, Rangar N, Ndiaye El HM, Thiam K, Hane AA 15

Broncho-pneumopathie chronique obstructive non tabagique en milieu tropical à Cotonou, Bénin.

Agodokpessi G, Ade G, Ade S, Adjibimey M, Okoumassou C-X, Gninafon M. 18

Profil des cas chroniques de tuberculose au Burkina Faso.

G. Badoum, G. Ouédraogo, S. Napon, M. Dembélé, M. Bambara, M. Ouédraogo 21

Connaissance, signification et interprétation de l'Intradermoréaction à tuberculine chez les étudiants en 6ème et 7ème Année de Médecine.

N.O. Touré, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.M. Ndiaye, K. Thiam, I. A. Sah-Bélinga, F.B.R. Mbaye, A. A. Hane 25

Cœur pulmonaire chronique en hospitalisation cardiologique à Abidjan (Côte d'Ivoire) : Aspects diagnostiques et étiologiques dans un contexte cardiologique noir africain.

I. Coulibaly, D. Harding-Tanon, N. Tuo, T. Daix, J. Koffi, Marie-Paule N'cho-Motto, JB Anzouan-Kacou. 31

Tableau de pneumonie d'allure bactérienne révélant un carcinome bronchiolo-alvéolaire : à propos d'un cas.

Godé C, Laroumagne S, Dutau H, Lecorff J, Ponti C, Leshek P, Astoul P. 35

Mortalité par pathologie respiratoire chez le sujet âgé hospitalisé dans le service de pneumologie du CHU de Cocody.

Ahui B JM, Horo K, Kouassi B A, Brou-Gode V, Anon J C, Ano M N, Dje Bi H, N'gom A S, Koffi N B, Aka-Danguy E 39

Fiche d'identification

..... 42

Problématique du Cancer bronchique primitif en milieu hospitalier à Dakar.

Diatta A1, Agodokpessi G1, Ndiaye M3, Dia Y1, Toure ON1, Ba/Diop S2, Mbatchou H1, Rangar N1, Ndiaye El HM1, Thiam K1, Hane AA1.

1 : Clinique de Pneumologie de Fann , Dakar, Sénégal ; 2 : Service de Radiologie générale, Dakar Sénégal ; 3 : Clinique de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Dakar Sénégal.

Résumé

Du 1er Mars 2006 au 31 Août 2006, nous avons mené cette étude prospective et multicentrique sur les cancers bronchiques primitifs observés dans les services hospitaliers spécialisés menant des activités pneumologiques. 45 patients dont 40 hommes et 5 femmes avaient été recrutés. Les prévalences observées variaient de 3,77% à 27,02% dans les services d'étude. L'âge moyen des patients était de 57,50 ans. Le tabagisme était le principal facteur de risque retrouvé dans 84,44% des cas. Les patients avaient consulté tardivement en moyenne 6 mois après le début des symptômes. 65,9% des patients étaient vus au-delà du stade III B. La prise en charge posait d'énormes difficultés avec un délai diagnostique long autour de 2 mois. Le taux de confirmation histologique était de 84,44 %. Les types histologiques les plus fréquents étaient les adénocarcinomes et les épidermoïdes avec respectivement 44 % et 42 % des cas. Dans 53,33 % le traitement avait été palliatif. 44,44 % des patients avaient bénéficié de la chimiothérapie. Un seul patient avait bénéficié de la chirurgie. La radiothérapie n'était pas disponible. Il en ressort que la prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer bronchique à Dakar reste problématique.

Mots clés : Cancer bronchique, épidémiologie, diagnostic, prise en charge.

Introduction

Le cancer constitue de nos jours l'une des principales causes de décès de l'adulte dans le monde. Et le Cancer bronchique primitif reste le premier de tous les cancers en termes de fréquence et de gravité.

La situation du cancer bronchique est mal connue en Afrique subsaharienne. D'une part l'absence de registres nationaux et d'autre part la similitude des signes évocateurs du cancer broncho-pulmonaire, et de la tuberculose pulmonaire encore endémique dans nos régions, ne permettent pas de rendre compte du phénomène du cancer bronchique.

Pourtant l'industrie du tabac, principal facteur de risque, connaît une progression importante [11].

Les rares données disponibles au Sénégal, ne concernaient que quelques structures hospitalières et ne permettaient pas de rendre compte ni des aspects épidémiologiques, ni moins de la prise en charge de cette pathologie.

L'objectif de l'étude était de décrire les aspects épidémiocliniques et para cliniques du cancer bronchique primitif et d'analyser les difficultés de la prise en charge dans les pays en développement, le Sénégal en particulier.

Population et méthode

Du 1er Mars 2006 au 31 Août 2006, nous avons mené une étude prospective et multicentrique sur les cancers bronchiques observés dans les services hospitaliers spécialisés de Dakar, menant des activités pneumologiques. Il s'agit des services médicaux suivants : Pneumologie du CHNU de Fann, Pneumologie et de Maladies Infectieuses de l'HPD, de médecine interne de l'HOGGY et de la clinique de Chirurgie thoracique du CHNU de Fann

Le cabinet d'un pneumologue libéral de la ville avait été également associé.

Cette étude prospective portait sur des patients consultant dans l'un des services spécialisés, du 1er Mars 2006 au 31 Août 2006 pour une suspicion de cancer broncho-pulmonaire.

Une fiche d'enquête était établie pour chaque patient.

Etaient inclus dans l'étude :

- Les patients adultes d'âge supérieur ou égal à 18 ans
- Tout patient présentant une symptomatologie respiratoire suspecte de cancer bronchique primitif
- Les patients présentant un cancer bronchique confirmé histologiquement.

Un consentement éclairé des patients était obtenu.

Etaient exclus dans l'étude :

- Les patients présentant un cancer bronchique secondaire
- La procédure de recrutement des patients était sous la responsabilité d'un médecin basé au service de pneumologie du CHNU Fann et qui assurait la coordination.

Résultats

1 Les aspects épidémiologiques

Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 45 patients porteurs de cancers bronchiques recrutés dans les services médicaux publics de Dakar menant des activités pneumologiques. Durant la période de l'étude, 37+129+142+344 patients étaient admis dans les différents services. Et parmi 344 patients hospitalisés en pneumologie, 13 malades (3,77%) présentaient un cancer bronchique. Les autres services recevaient respectivement 142 patients pour 6 malades porteurs de cancers pour la Pneumologie de HPD, 129 malades pour 11 porteurs de cancers pour la Médecine interne de HOGGY et 37 patients pour 10 porteurs de cancers pour la Chirurgie Thoracique de Fann.

La prévalence donc du cancer bronchique au sein de la pathologie pleuro pulmonaire variait de 3,77% pour la pneumologie de Fann (13 cas) à 27,02 % pour la chirurgie thoracique (10cas). Les services de médecine interne de l'HOGGY et de pneumologie de l'HPD notaient respectivement 8,52% et 4,22%.

Tableau I : Répartition selon le sexe et le statut tabagique.

Statut tabagique	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fumeurs	37	92,5	1	20,0	38	84,44
Non fumeurs	3	7,5	4	80,0	7	15,56
Total	40	100,0	5	100,0	45	100,0

Et 45 patients dont 40 hommes et 5 femmes étaient recrutés. L'âge moyen des patients était de 57.50 ans avec des extrêmes de 40 et 80 ans. Le tabagisme était le principal facteur de risque retrouvé (84,44 %). Il était précoce avec un âge moyen de début à 17 ans ; il s'agissait d'une intoxication massive à la cigarette avec 37 paquets année en moyenne.

2 Les aspects cliniques et paracliniques

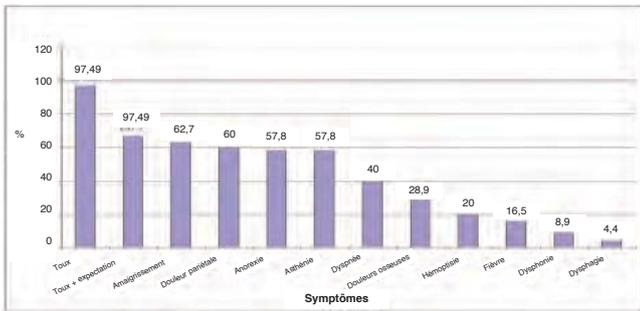


Figure 1 : Répartition des principaux symptômes observés.

Les principaux signes fonctionnels étaient la toux, l'amaigrissement, la douleur thoracique, et la dyspnée dans respectivement 98%, 62%, 60% et 58% des cas.

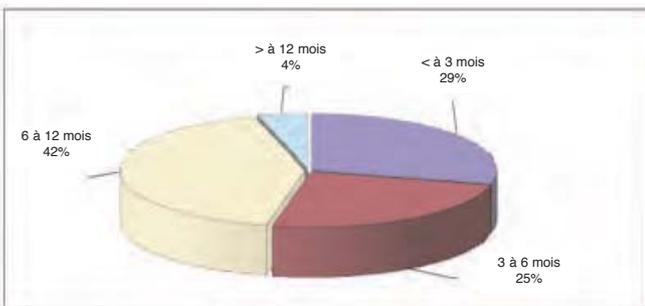


Figure 2 : Répartition en fonction du délai de consultation.

Les patients avaient consulté tardivement. Et les lésions constatées étaient très évoluées et envahissantes. Près de 87 % des patients (n=39) venaient de centres de santé périphériques ou après plusieurs traitements infructueux, près de 10% (n=4) étaient mis à tort sous traitement anti-tuberculeux.

Tableau II : Répartition suivant le stade TNM.

Stades TNM	N	%
II-B 1	2,27	
III-A	14	31,81
III-B	18	40,90
IV-	11	25,00
Total	44	100,0

Et près de 65,90% soit 7 patients sur 10 avaient consulté à un stade dépassé, au-delà du stade III B.

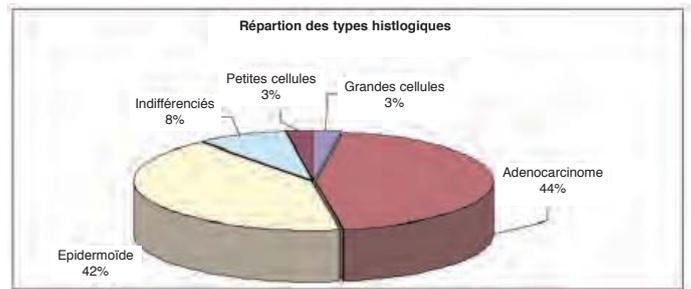


Figure 3 : Répartition des types histologiques.

Le type histologique le plus fréquent était celui du groupe des cancers bronchiques non à petites cellules avec en tête l'adénocarcinome et l'épidermoïde. Le cancer bronchique à petites cellules ne représentait que 3% de l'ensemble.

3 Les aspects de la prise en charge :

Le délai diagnostique moyen était de 2 mois avec des extrêmes de 2 semaines et 8 mois.

Tableau III : Répartition selon les traitements reçus.

Traitement reçu	N	%
Palliatif	24	53,33
Chimiothérapie	20	44,44
Chirurgie	1	2,20
Radiothérapie	0	0,00
Total	45	100,0

Un seul patient reçu au stade II-B avait bénéficié de la chirurgie. Seulement 44% des patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie. Plus de la moitié des patients soit 53,33 % avaient bénéficié d'un traitement palliatif. La radiothérapie n'était pas disponible.

Discussion

M'BRA [7] avait trouvé une prévalence de 4% dans le service de pneumologie de Treichville en Côte d'Ivoire en 2003 ; DIALLO [4] avait relevé 5,6% la même année à Bamako. La prévalence dans le service de pneumologie de Fann était au supérieure au 2,2% de DIOP [5] en 2000 et à 0,29% de KANE [6] en 1980.

C'est dire donc que la prévalence du cancer connaît une progression en milieu hospitalier dakarois.

Les mécanismes de la cancérisation dans la cancérogenèse pulmonaire se mettant en place au bout de deux à trois décennies après le début de l'intoxication, explique cette moyenne d'âge des patients.

Notre moyenne d'âge était semblable à celle retrouvée par d'autres travaux dans la sous région notamment ceux de DIALLO au Mali [3] et de M'BRA en Côte d'Ivoire [7].

Cette moyenne était inférieure à celle de BLANCHON en France [1]. Les différences de structure démographique et surtout l'allongement de l'espérance de vie dans les pays développés pourraient être les raisons de cette différence.

Facteurs de risque

L'exposition au tabac et plus particulièrement à la cigarette était le facteur de risque le plus important retrouvé dans l'étude.

La consommation moyenne était de 37 paquets/année. Ceci était comparable aux 35 paquets/année de DIOP [5], mais bien supérieur aux 20 paquets/année de M'BRA [7] et de Diallo [3]. Les principaux signes fonctionnels étaient la toux, l'amaigrissement, la douleur thoracique, et la dyspnée dans respectivement 98%, 62%, 60% et 58 %. Ceci est conforme à la plupart des séries africaines [2,3,4,5,6,7,8,9]. L'amaigrissement et la douleur thoracique dénotent souvent d'un stade assez avancé de la maladie en rapport avec le délai de consultation.

Le délai moyen de consultation après le début des symptômes était de 6 mois. S'y ajoute la méconnaissance de la maladie par le personnel des centres de santé périphérique. En effet près de 87 % des patients (n=39) venaient de centres de santé périphériques ou après plusieurs traitements infructueux, près de 10 % (n=4) avaient été mis à tort sous traitement anti-tuberculeux. Or l'évaluation du traitement antituberculeux ne pouvant se faire qu'au minimum deux à trois mois après son institution, les patients arrivent en milieu spécialisé à un stade dépassé de la maladie avec un état général altéré.

Ainsi, 64,4% des patients (n= 29) avaient consulté en cas d'altération de l'état général avec un score OMS ou Performans status entre 1 et 3.

Le délai diagnostique dans notre travail était le double de celui de F. BLANCHON [1] en France.

Cet état de choses s'expliquerait par le déficit du plateau technique des centres spécialisés ou l'endoscopie n'était pas encore de réalisation courante.

Dans les centres où elle était disponible, il fallait compter avec la bourse du patient qui une fois en milieu hospitalier, après avoir fait le tour des guérisseurs et des centres de santé périphériques n'avait plus les ressources financières suffisantes.

Le nombre limité de laboratoire d'anatomopathologie pour la ville, la pénurie de personnels spécialisés en anatomopathologie respiratoire, seraient également des raisons non négligeables.

Plus de la moitié soit 53,33 % des patients avaient bénéficié d'un traitement palliatif. Le traitement palliatif comportait selon les cas un traitement antalgique, un rééquilibrage nutritionnel, une psychothérapie et une corticothérapie au besoin.

Malgré l'indication, seulement 44,44% des patients avaient

bénéficié de la chimiothérapie. Cette prise en charge reste hors de portée pour le sénégalais moyen. Aucun patient n'avait bénéficié de la radiothérapie malgré l'indication.

Conclusion

Il ressort de ce travail que la prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer bronchique à Dakar reste problématique. Une amélioration des performances diagnostiques et de la prévention du cancer bronchique primitif s'impose.

Références

1. Blanchon F, Grivaux M, Collon T, Zureix M, Barbieux H, Bénichou –Flurin M, Breton J L., Coetmeur D, Delclaux B, Asselain B, Piquet J. Epidémiologie du cancer bronchique primitif pris en charge dans les centres hospitaliers généraux français. Etude KBP-2000-CPHG du Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux Rev Mal Respir, 2002, 19, 727-734.
2. Boguikouma J B , Perret J L, Diané C, Nguemby –Mbina C. La fibrose pulmonaire dans le cancer broncho-pulmonaire au Gabon. Méd d'Afr Noire : 1991, 38 (12) : 825-827.
3. Brunel M, Leproux Ph. Quelques aspects actuels du cancer des bronches en milieu africain à Dakar (à propos de 20 cas). Med d'Afr Noire 1967; 12 : 595-598
4. Diallo S, Kaptue Y, Sissoko F, M'baye O, Gomez P. Problématique du cancer bronchique dans le service de pneumologie de l'hôpital du point G, Bamako Mali. Mali Médical 2006 T XXI N° 1, 4-7.
5. Diop C. Le cancer bronchique primitif de l'adulte. Etude transversale descriptive réalisée en 17 mois à l'hôpital principal de Dakar. (À propos de 19 cas) Thèse Méd. Dakar, Année 2000, N° 23.
6. Kane P A, Ayad M, Dieng M, Wane S. Le cancer bronchique primitif chez le noir africain (à propos de 18 cas). Dakar Med 1980 ; 25 : 331-338
7. M'bra K, Daix A, Toure M, Adoubi I, Domoua KMS, Echimane K. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques des cancers broncho-pulmonaires au CHU de Treichville. Med. d'Afr. Noire 2005, 52 (12) : 661-664.
8. Ndiaye M, Hane A A, Ndir M, Ba O, Diop D, Dia S, Kandji M, Touré N O, Diatta A, Niang A, Diatta Y, Ndiaye M. Le cancer bronchique primitif : épidémiologie, aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de Dakar. Rev. Mal. Respir., 2001, 19 : 727-734.
9. Sané M, Camara P, Thiakane M, Ba K, Margery J. Bonnichon A, Lefebvre N., Vaylet F, Guigay J, L'her P. Diagnostic et traitement du cancer bronchique au Sénégal. Rev. Mal. Respir. 2005, 22 ; 1S 49.
10. Tanguy M, Elbok M, Mascarel P, Chamoun S, Paratian R., Rahoelina B, Rida Z, Zaidou A., Tanguy B. Prise en charge du cancer bronchique au CHD Félix Guyon. Etude rétrospective 2000 – 2003. Rev. Mal. Respir. 2005, 22 ; 1S 48.
11. Thioune M. Production de tabac. Législation et tabagisme au Sénégal : Etat actuel. Rapport d'étude OMS, 1998, Dakar, Sénégal.