

IV èmes Journées Auressiennes Internationales de Pneumologie

ETUDE RETROSPECTIVE SUR 04 ANS
DE CAS DE CANCERS BRONCHIQUES
Batna 20-21 Mai 2009

Taleb .A , Brixi.R , Derrar.H, El bordji.W

Service de pneumologie
CHU Sidi-Bel-Abbès

Introduction:

- Le cancer bronchique reste le 1er cancer non guérissable.
- Il est en nette augmentation : on est passé de 12 cas en 2004 à 25 cas en 2008 (CHU SBA)
- Cette augmentation est constatée aussi bien chez l'homme que chez la femme.
- Le tabac est le principal facteur de risque

Objectifs

- Déterminer la prévalence du KBP.
- Estimer le délai écoulé entre le début de la symptomatologie et le diagnostic afin de l'écourter.
- D'évaluer de la décision thérapeutique
- Qualité de la prise en charge et du suivi

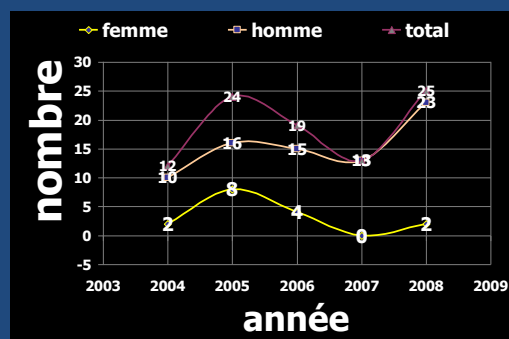
METHODOLOGIE

- Étude rétrospective étalée sur 04 ans (DEC 2004 à DEC 2008).
- Les cas de cancers sans confirmation histologique n'ont pas été retenus .
- Les moyens utilisés :
 - * Enquête anamnestique .
 - * Examen clinique .
 - * Les investigations:
 - biologie- imagerie – endoscopie – thoracotomie exploratrice

RESULTATS

- 93 cas de cancers bronchiques primitifs colligés durant cette période.

nombre			
année	femme	homme	total
2004	02	10	12
2005	08	16	24
2006	04	15	19
2007	00	13	13
2008	02	23	25



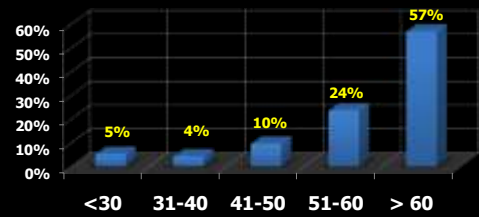
Répartition selon le sexe

Année	2004	2005	2006	2007	2008	total
Sexe						
Femme	02	08	04	0	02	16
Homme	10	16	15	13	23	77



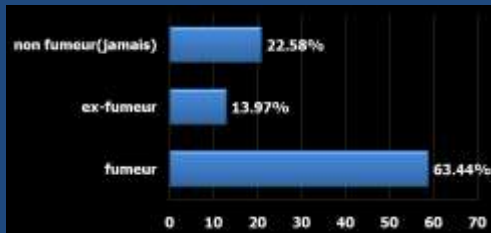
Répartition selon l'âge

Age	< 30	31-40	41-50	51-60	> 60
nombre	05	04	09	22	53



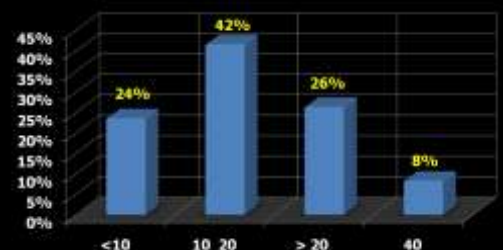
Facteur étiologique: le tabac

Fumeur	Ex-fumeur	Non fumeur(jamais)
59	13	21



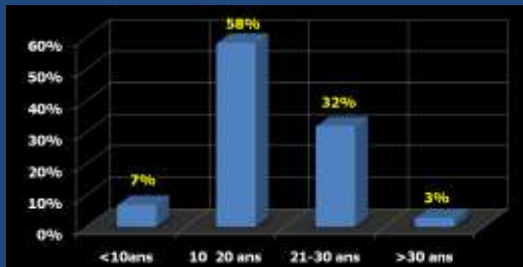
la quantité de tabac fumée

Cigarettes/jour	<10	10-20	20-40	>40
nombre	17	30	19	06



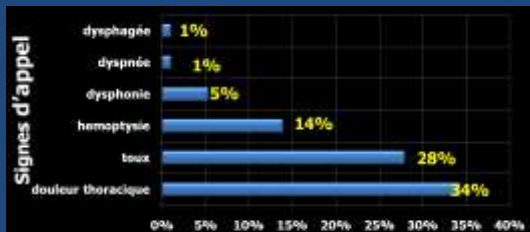
la durée de tabagisme

<10 ans	10-20 ans	21-30 ans	>30 ans
05	42	23	02

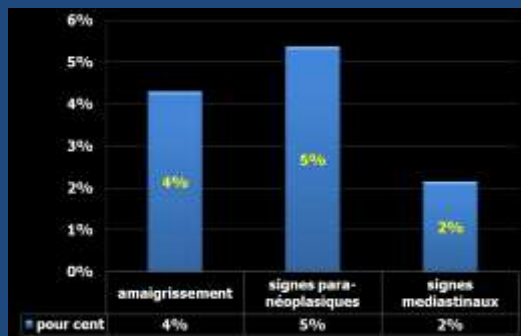


Circonstances de découvertes : *signes fonctionnels*

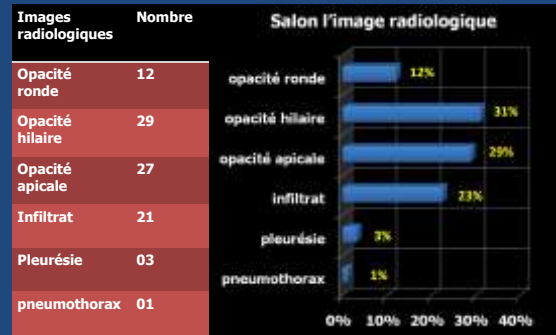
Signes d'appels	Douleur thoracique	Toux	hémoptysie	Dysphonie	Dyspnée	dysphagie
Nombre	32	26	13	05	01	01



Autres signes :

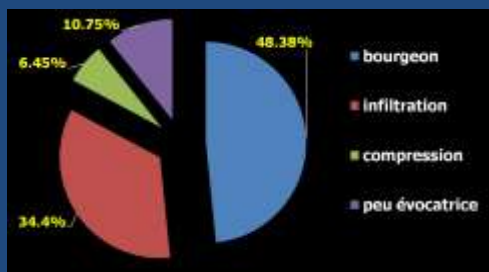


Aspects radiologiques:



Aspects endoscopiques (macroscopie)

Type	Bourgeon	Infiltration	Compression	Peu évocateur
Nombre	45	32	06	10



Délai entre les 1^{ers} signes et la 1^{ère} consultation au CHU

- Ce délai varie entre 03 et 08 mois.
- Souvent c'est au environ du 4^{ème} ou 5^{ème} mois du début de la maladie que le patient consulte.

Délai entre la 1^{ère} consultation et le diagnostic

- Le diagnostic de certitude est posé en général au bout de 15 à 20 jours.
- Exceptionnellement c'est au-delà d'un mois (mauvais état général ou anapath à refaire...etc)
- Ce délai est nécessaire pour la réalisation des différents examens nécessaires (endoscopie, TDM, histologie ...)

Les moyens de diagnostic

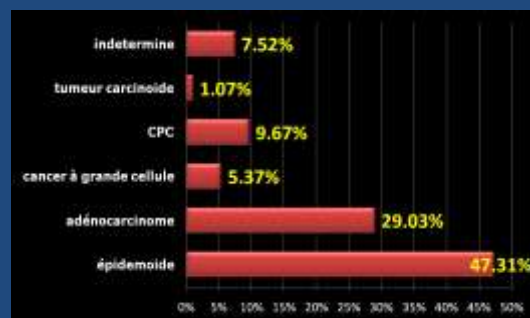
□ Prélèvements:

- ❖ 13 cytologies (aspiration)
- ❖ 68 biopsies endobronchiques.
- ❖ 02 brossages.
- ❖ 10 biopsies transparietale scano-guidées.

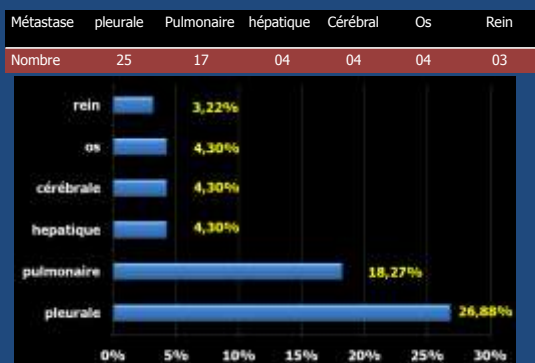
Types histologiques:

Type histologique	Nombre	%
CBNPC :	76	81.72
Épidermoïde	44	47.31
Adénocarcinome	27	29.03
Carcinome à grand cellule	05	5.37
CPC	09	9.67
Tumeur carcinoïde	01	1.07
Indéterminés	07	7.52
total	93	100

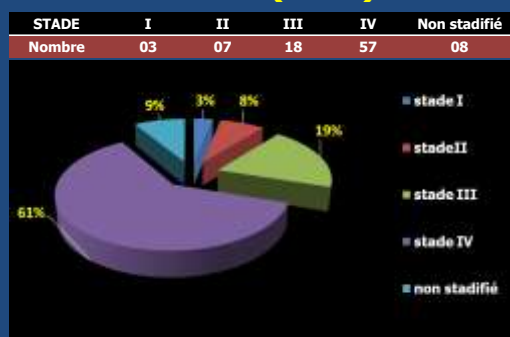
Types histologiques:



Les métastases



Stades (TNM)



Prise en charge thérapeutique

- 90% des cancers sont classés inopérables.
- Parmi les 10 % proposés à la chirurgie seuls 3% ont été opérés .
- pour le reste des malades des contre-indications opératoires ont été posées.

Les cas non opérables ont bénéficiés :

1. soit d'un traitement palliatif (chimio-radiothérapie).
2. Soit d'un traitement symptomatique.

Le suivi des patients

- Parmi les malades opérés , seul 01 est toujours suivi : il présente une récurrence probable (HSR).les autres sont perdus de vue.
- Une minorité de ceux qui ont bénéficiés de chimio et/ou radiothérapie reviennent pour controle ou complications(anémie, AEG,...).
- Ceux traités symptomatiquement sont presque tous perdus de vus : certains sont décédés dans le service.

Commentaire 1

- La prise en charge des malades cancéreux pose des problèmes:
- ✓ Une orientation tardive vers les établissements spécialisés.
- ✓ La lenteur des investigations.
- ✓ L'absence de travail de groupe

Commentaire 2

Pour améliorer la qualité de la prise en charge et assurer un bon suivi des patients:

- Sensibiliser les médecins consultants afin d'orienter tôt leurs patients.
- Faciliter l'accès aux moyens d'investigations.
- Organiser la formation continue

- Intérêt d'organiser le colloque multidisciplinaire regroupant : pneumologues , chirurgiens , oncologues , anatomopathologistes , etc.

CONCLUSION

- Le cancer bronchique primitif est mortel mais évitable.
- La survie ne dépasse pas 05 ans.
- Le pronostic est sombre en raison du diagnostic souvent tardif .