

Journée aurassienne de pneumologie de Batna 20-21 mai 2009

BPCO et cancer bronchique: A propos d'une étude de notre service de pneumologie

Dr Terfani Pr Iellou Pr berrabehEHU ORAN

Définition

La BPCO est une maladie qui peut être prévenue et traitée .Elle se caractérise par :

- Une obstruction chronique des voies aériennes
- Non complètement réversible
- Associée à une réaction inflammatoire anormale
- Et à des conséquences systémiques (comorbidités)
- En réponse à des toxines inhalés

Deux aspects anatomiques:

- obstruction des bronches **bronchite chronique obstructive**
- destruction du parenchyme pulmonaire **emphysème pulmonaire** .

- Le diagnostic ne peut être posé qu'après mesure de la fonction respiratoire par des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), qui identifient un rapport : (VEMS/CV) < 70% . Post broncho dilateurs

Introduction

- **BPCO : Problème majeur de santé publique**
- **Tabagisme : principal facteur de risque (80 à 90%)**
- **Maladie évolutive → Insuffisance respiratoire chronique et handicap respiratoire**
- **Arrêt du tabac : seule mesure capable de ralentir le déclin de la fonction respiratoire**

Épidémiologie

- prévalence:
Dans le monde :
- pathologie en nette augmentation ,
- apprécier la prévalence Nécessite la pratique de la spirométrie
- Caractéristiques cliniques insuffisantes au Dg
- Difficulté d'utilisation à large échelle en raison de disponibilité et de formation des investigateurs .

Prévalence : données internationales

Méta-analyse

Halbert, Eur Respir J 2006

		prévalence combinée %	[CI]
BPCO (diagnostic spirométrique)	26 études	9,2 %	[7,7 – 11,0]
Bronchite chronique (symptômes)	29 études	6,7 %	[5,4 – 8,2]

Données récentes :

	Prévalence BPCO	
	Stade I ou plus VEMS/CV<70% & VEMS ≥ 80%	Stade II ou plus VEMS/CV<70% & VEMS < 80%
Etude Bold Bust, Lancet 2007		
Autriche	26 %	11 %
Canada	19 %	8 %
Allemagne	13 %	6 %
Health Survey for England Shahab, Thorax 2006	13 %	8 %

Données épidémiologiques : prévalence

Prévalence données françaises

3,5 millions de personnes soit 6 à 8 % de la population adulte sont atteinte de BPCO ; 100 000 malades présentent des formes sévères nécessitant une oxygénothérapie et ou une ventilation à domicile

Prévalence bulletin épidémiologique hebdomadaire 27.28 juillet 2007

En Algérie

Prévalence des maladies respiratoires ALGERIE		
	estimation 2001	prévision 2010
Population générale	30.000.000	36.000.000
IRA	8.000.000	9400.000
ASTHME	600.000	700.000
Bronchite chronique (dont BPCO)	200.000	250.000

source INSP 2001

L'impacte en terme de morbidité et sur les dépenses de santé

Chaque année, plus de 40 000 nouveaux malades sont admis en « affection de longue durée (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique due à la BPCO

- 100 000 séjours en hospitalisation par an (soit 800 000 journées d'hospitalisation par an) sont liés à des complications de la BPCO, notamment pour insuffisance respiratoire aiguë au cours d'une exacerbation sévère.

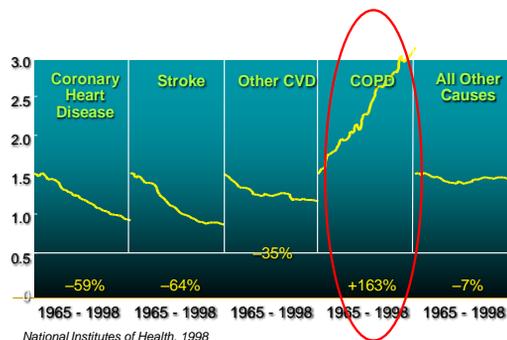
Le poids médico-économique est important

- Le coût direct de la maladie est estimé à 3,5 milliards d'euros par an dont 60 % sont liés aux exacerbations et 40% au suivi au long cours de la pathologie.
- Les dépenses de santé sont fonction de la sévérité de la maladie. Le coût moyen de la prise en charge d'une BPCO est estimé à 4 000 € par malade et par an.
- Le coût moyen d'une oxygénothérapie à domicile est de 10 000 € par an.

Mortalité

- Poids de plus en plus important (mortalité, invalidité)
- Projections de l'OMS pour la BPCO (Mathers, PLoS Médecine 2006)
 - Mortalité 5ème en 2002 → 4ème en 2030
 - DALY's 11ème en 2002 → 7ème en 2030

TAUX DE MORTALITE (USA)



Objectifs

- Déterminer l'aspect clinique et épidémiologique de la maladie
- Estimer une prévalence
- Les objectifs secondaires
- Déterminer les caractéristiques cliniques:
 - Motif de consultation
 - Délai moyen entre l'apparition des symptômes et la première consultation
 - Degré de sévérité
 - Modalités thérapeutique et pronostique

Patients et méthodes

- ❖ Étude transversale observationnelle à recueil prospectif
- ❖ Service de pneumologie

1- sujets et méthode

A - Sujets:

- ❑ le nombre de sujets nécessaire sur la base d'une prévalence de 4% le nombre de sujets nécessaire est de 384 patients pour un risque α d'erreur de 05 %, écart réduit $E = 1,96$ et une précision de 0,02.
- ❑ Critères d'inclusions
 - âge 40ans et plus
 - symptômes respiratoires chroniques (toux , expectoration , dyspnée)
 - VEMS/CV post broncho-dilatateurs < 70%

Méthode de recrutement

- Réunion avec les médecins généralistes
- Enseignement (épidémiologie , modalités diagnostiques, thérapeutiques
- Nécessité du spiromètre
- Sa non disponibilité manque de formations des investigateurs(M,G)
- Orientation des patients suspects de BPCO au service de pneumologie

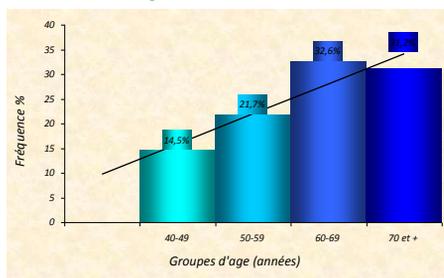
Résultats

Répartition des patients BPCO en fonction du sexe

- Sur 384 patients prestants des symptômes
- 138 répondaient au critères fonctionnels la et clinique de BPCO à savoir : VEMS/ CV < 70%
- Soit 35.9%

- 125 : 90.6 %
- 13 : 9.4 %
- *sex ratio* = 9.6

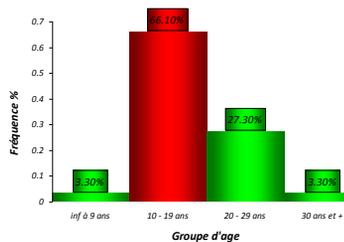
Répartition des patients BPCO en fonction de l'âge



Répartition des patients BPCO en fonction de la notion de tabagisme Act

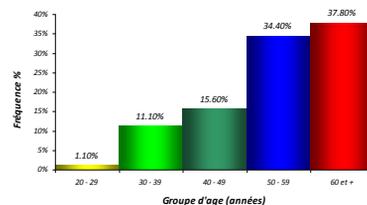
- La notion de tabagisme actif est retrouvée chez 121 patients soit 87.7%

Répartition des patients BPCO en fonction de l'âge de début du tabagisme

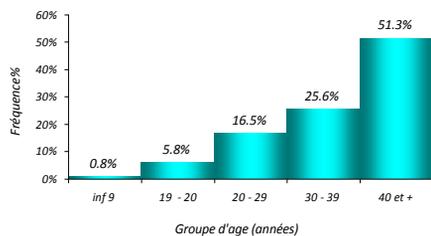


Répartition des patients BPCO selon l'âge d'arrêt du tabagisme

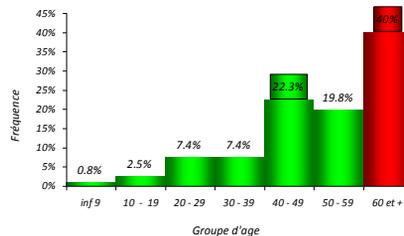
- Sur 121 fumeurs 90 ont arrêté de fumer se qui représente 74.28% .



Répartition des patients BPCO en fonction de la durée de consommation du tabac



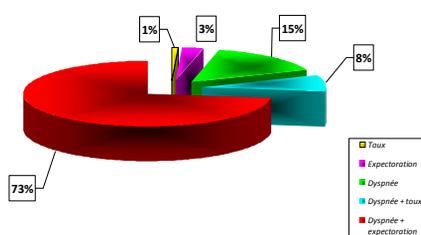
Répartition des patients BPCO en fonction du Nbr de Paqt/ année



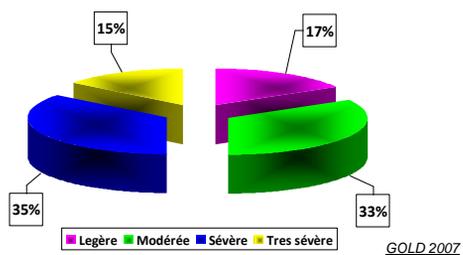
Répartition des patients BPCO en fonction du type de tabac

Type de tabac	Effectif	%
Tabac blanc	26	21.5
Tabac noir	29	24.0
Tabac noir + tabac blanc	25	20.7
Narguilé + tabac blanc	04	33.0
Narguilé + tabac noir	01	08.8
Narguilé + tabac blanc + noir	06	05.0
Tabac à chiqué	03	02.5
Tabac à chiqué + Tabac blanc	11	09.1
Tabac à chiqué + tabac noir	06	05.0
Tbn+ tbb+ tabac à chiqué	08	06.6
Tabac à chiqué + narguilé	01	00.8
Tabac à chiqué + narguilé+ tbb+tbn	01	00.8
Total	121	100

Répartition des patients BPCO selon le motif de consultation



Répartition des patients BPCO en fonction du degré de sévérité

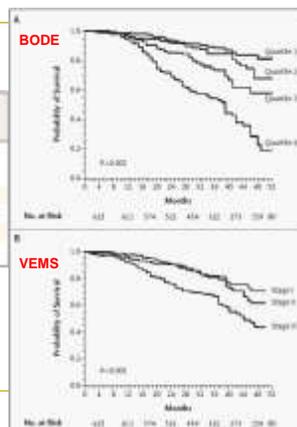


Index sBODE

Table 2. Predictors and Point Values Used for the Computation of the Body-More Index, Degree of Airflow Obstruction and Exercise Capacity (BODE) Index.*

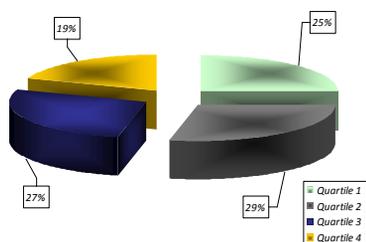
Variable	Points on BODE Index			
	0	1	2	3
FEV ₁ (% of predicted)	≥85	70-84	55-69	≤54
Distance walked in 6 mins (m)	≥550	250-549	150-249	≤149
MRC (symptom score)	0-1	2	3	4
Body mass index	≥22	20-21	18-19	≤17

Quartiles	
1	0-2
2	3-4
3	5-6
4	7-10

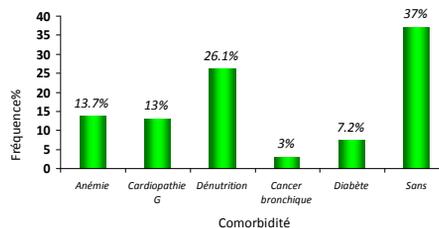


Cell. NEJM 2004

Répartition des patients BPCO selon le BODE



Répartition des patients BPCO selon les comorbidités

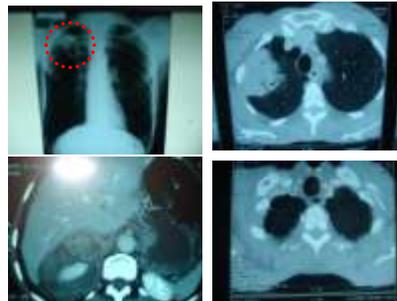


Types histologiques des cancers bronchiques

- Carcinome épidermoïde : 2 patients
- Adénocarcinome : 2 patients

Patient (1)

Carcinome épidermoïde moyennement différencié stade IV



Bpco sévère IMC < 20 TM6 < 149 m/6mn

Patient (2)

Adénocarcinome peu différencié stade IIB



Age : 49 ans, Début 14 ans, Arrêt : 1 MOIS avant la consultation, ITC 72 p/annéE BPCO st IV IMC 23 TM6 = 200m/6mn avec arrêt à la marche et désaturation

Patient 3

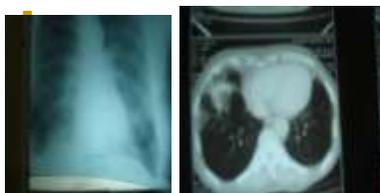
Carcinome épidermoïde à cellules claires différencié et infiltrant



BPCO sévère IMC 24 k/m carré ^TM6 = 190 m/6mn avec arrêt à la marche Processus tumoral lob inf avec lymphangite peritumorale

Patient 4

Carcinome épidermoïde stade IV



avec méta rénale et splénique

- Bpco st III IMC 26 TM6 390 m/6

traitement

Les 4 patient ont reçus une Chimio radiothérapie 3 stade IV

1stade II B bpcO très sévère avec un VEMS contre indiquant le geste curateur

