



Le 10 ème congrès de l'AFAP

Tlemcen 27 au 30 mars 2014

Hôtel Renaissance.

M.Benmansour



Difficulté de prise en charge du cancer bronchique dans la wilaya de Tlemcen

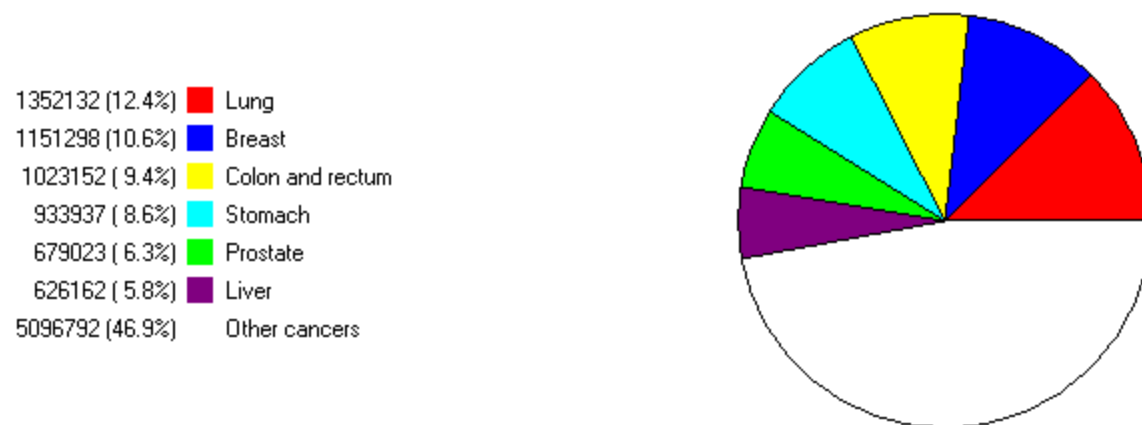
INTRODUCTION

- Le cancer broncho-pulmonaire(CBP) est le premier cancer chez l'homme .
- La première cause de mortalité par cancer
- L'Incidence ne cesse d'augmenter
- Le tabagisme reste le principal facteur de risque
- Malgré le progrès dans les modalités diagnostiques et thérapeutiques du CBP, le pronostic reste réservé, avec une survie à 5 ans de 25%

Le cancer bronchique dans le Monde en 2000

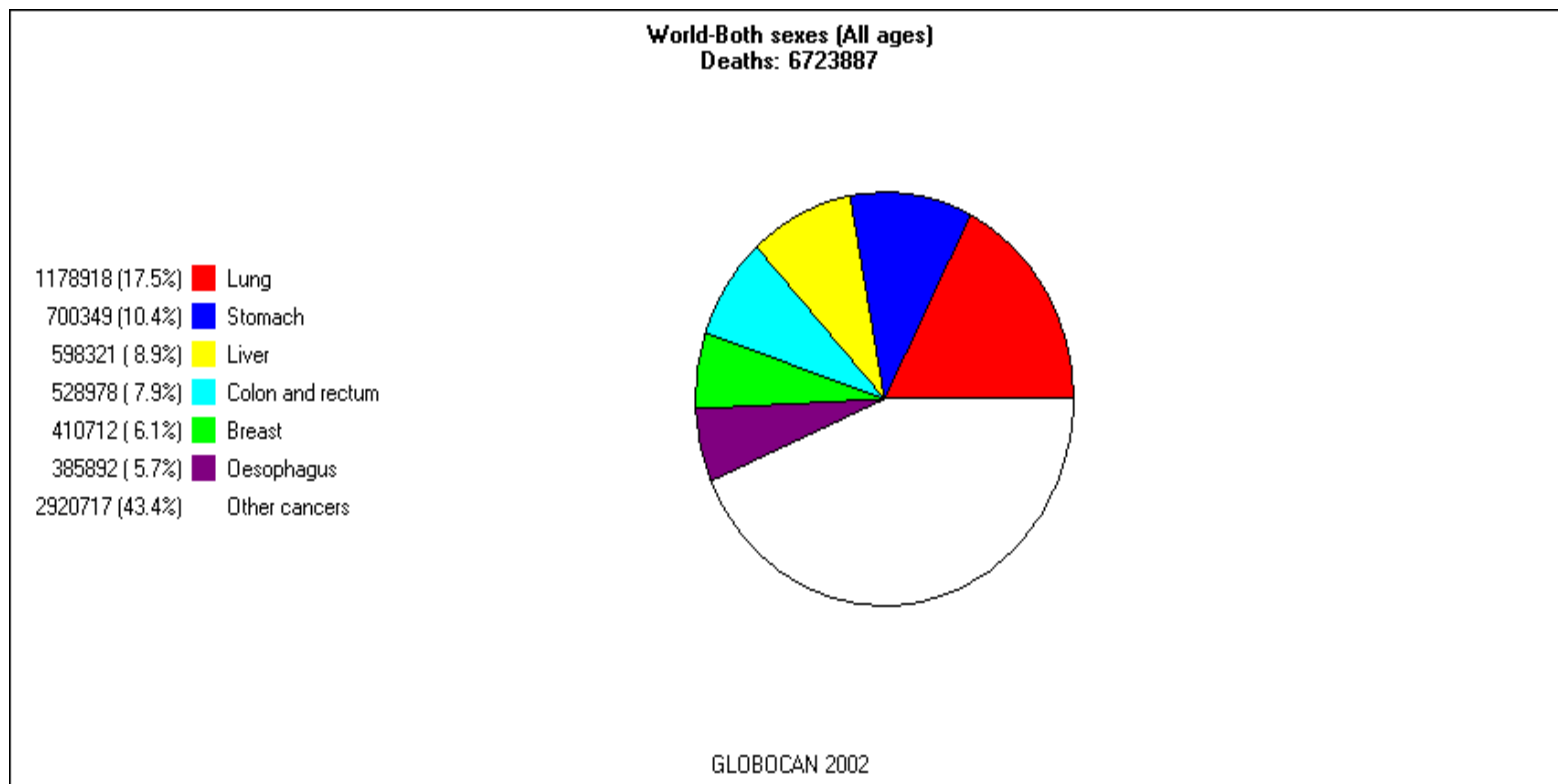
	Cancers toutes formes	Cancers bronchiques
Nombre de cas	10 055 551	1 238 861
Nombre de décès Pourcentage	6 208 279 62%	1 103 119 89%

World-Both sexes (All ages)
Cases: 10862496

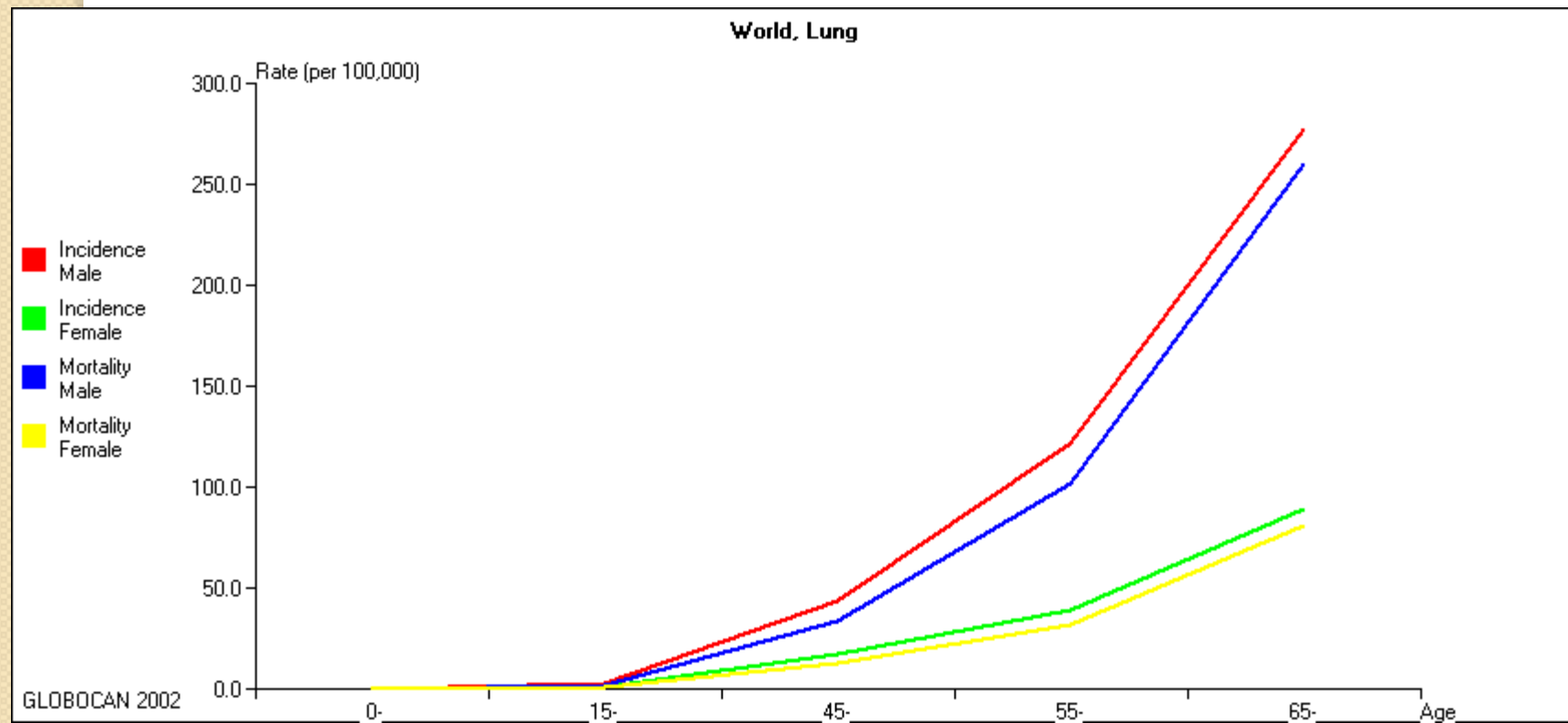


GLOBOCAN 2002

I° Cancer



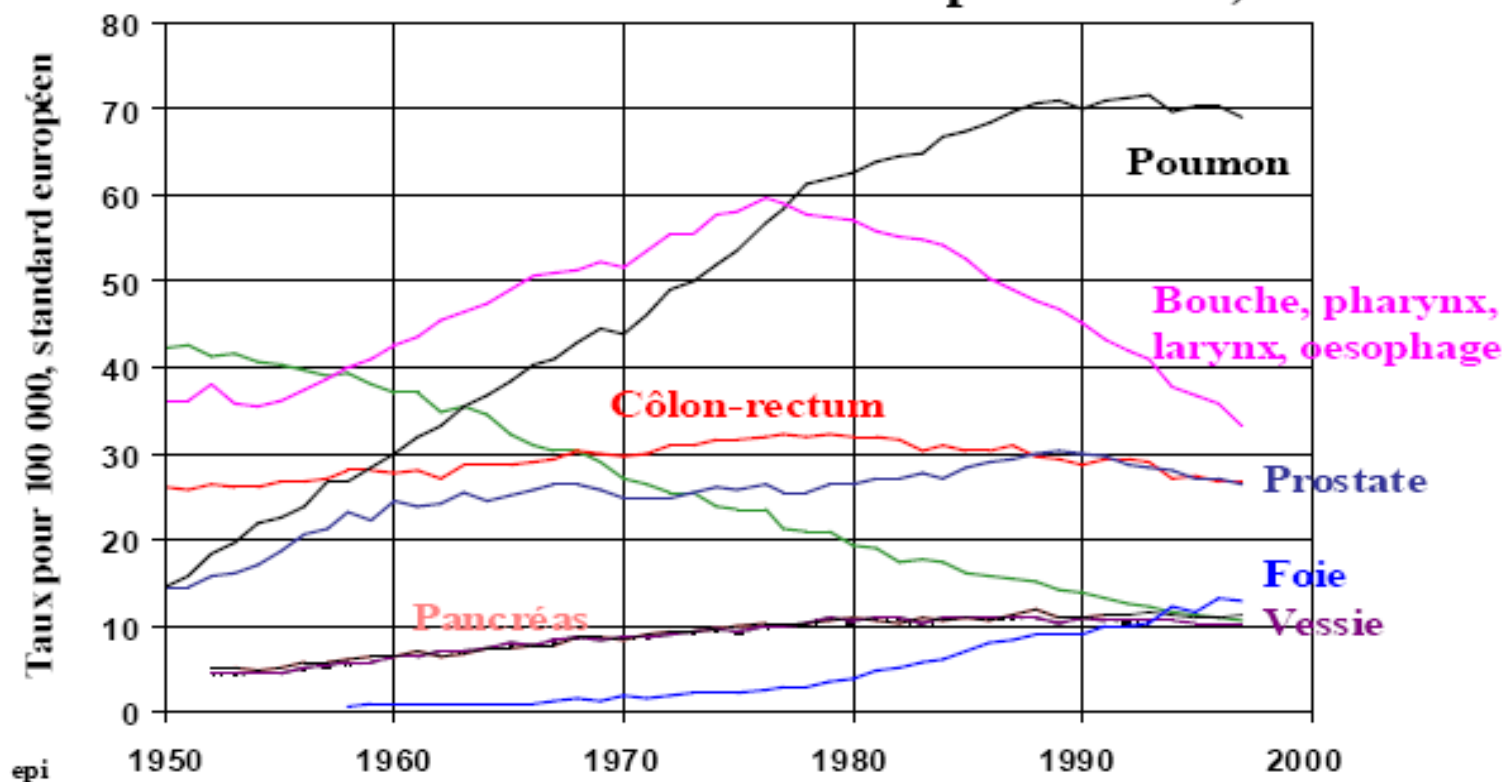
Première cause de mortalité



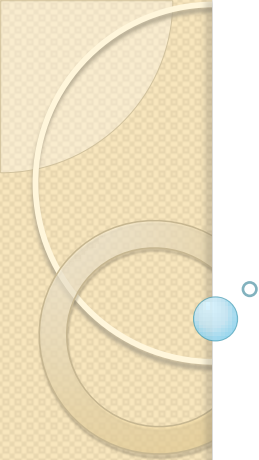
Incidence=mortalité



Evolution de la mortalité par cancer, hommes



1 200 000 cas dans le Monde



En Algérie

Aucune enquête sérieuse n'a été faite sur le terrain, depuis 2002.

Pour rappel, 2 500 à 3 500 nouveaux cas de cancer des poumons sont enregistrés officiellement chaque année en Algérie

Le cancer bronchique a une prédominance masculine, puisque 95% des cancers bronchiques sont constatés chez les hommes.

En dépit de l'évolution thérapeutique, le pronostic de ce cancer est mauvais puisque la survie à 5 ans après le diagnostic est d'environ 30%.

Évolution cancer bronchique en Algérie

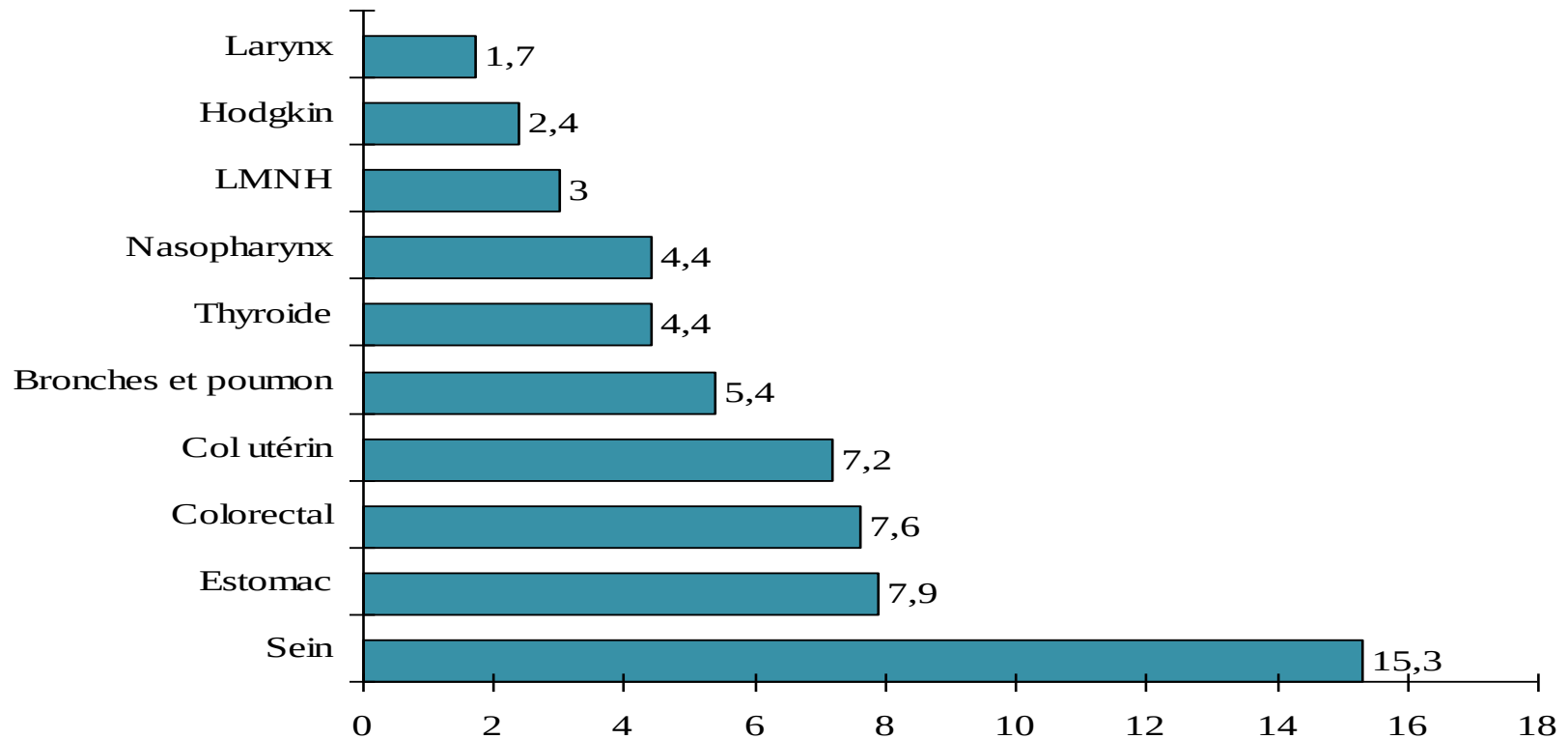
- Incidence annuelle (/ 100.000 habitants)

- 1980-82+ 3,9
- 1991-92+ 9,3
- 1994* 12,3
- 1996* 19,9
- 2001* 25,4

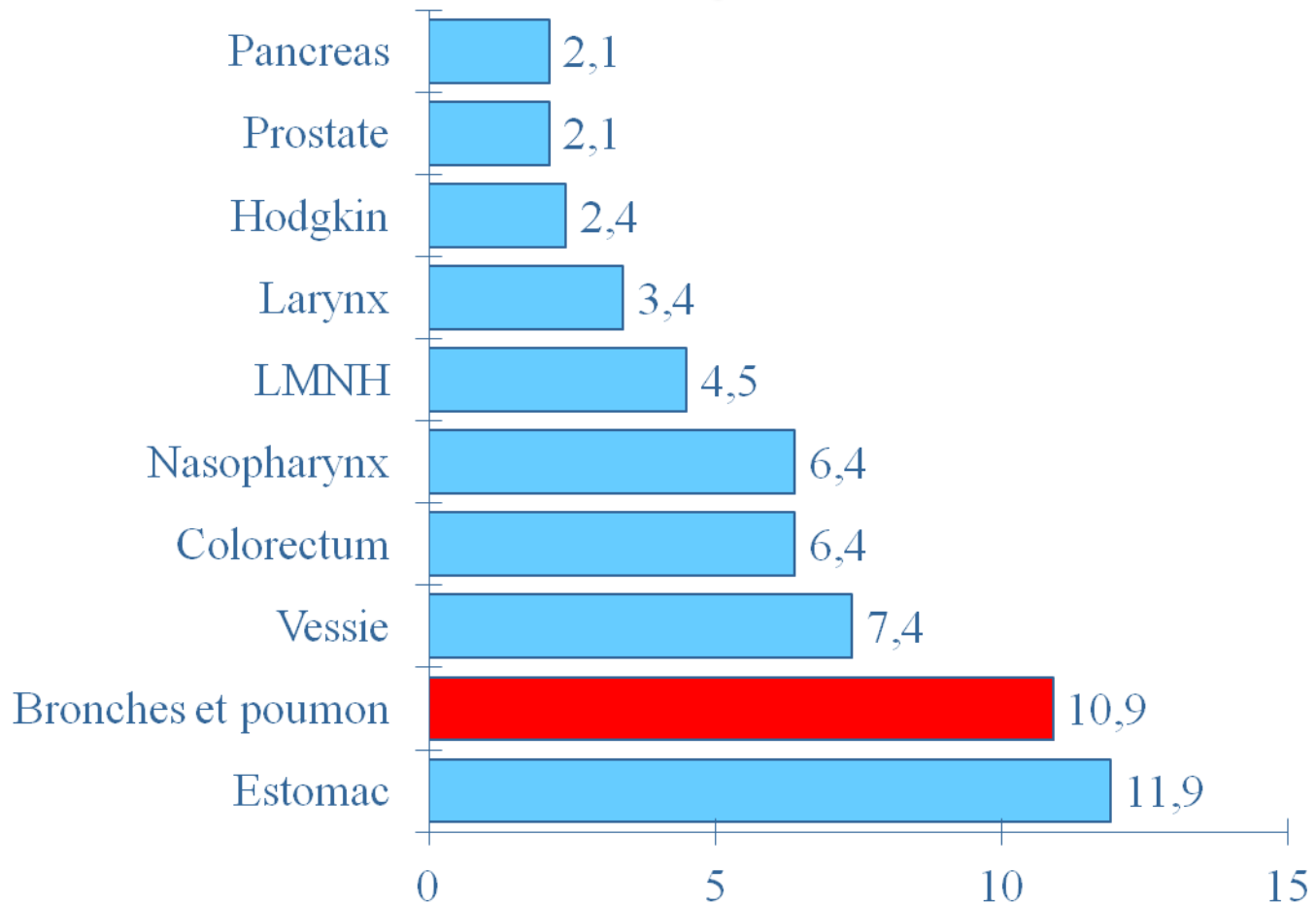
+ Enquêtes coopératives réalisées en Algérie

* Registres des tumeurs d'Alger, INSP

Répartition des localisations les plus fréquents a la Wilaya de Tlemcen



Répartition des localisations fréquents chez l'homme Wilaya de Tlemcen



Facteurs de risques:

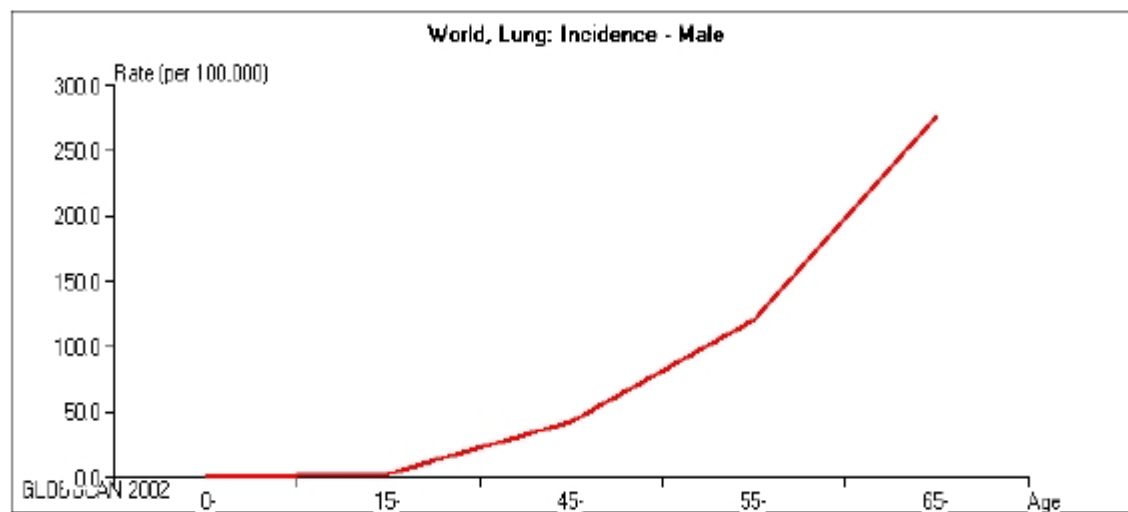
- Le facteur de risque le plus important est le **tabagisme** retrouvé dans 90% des cas, du moins pour les hommes.
- Certains **produits industriels** sont aussi impliqués dans la cancérogénèse: hydrocarbures aromatiques, goudrons, amiante, arsenic...

Leur rôle est cependant nettement moindre.

- Certaines pathologies sont liées à la survenue d'une cancer: *cicatrices parenchymateuses, bulles d'emphysème, fibroses pulmonaires, immunodépression*



Influence de l'age



Rappel anatomopathologique:

On distingue 4 grands types histologiques de cancers:

- Le cancer **épidermoïde** représente 60% des cas.
- L'**adéno-carcinome** forme 20% des cas.

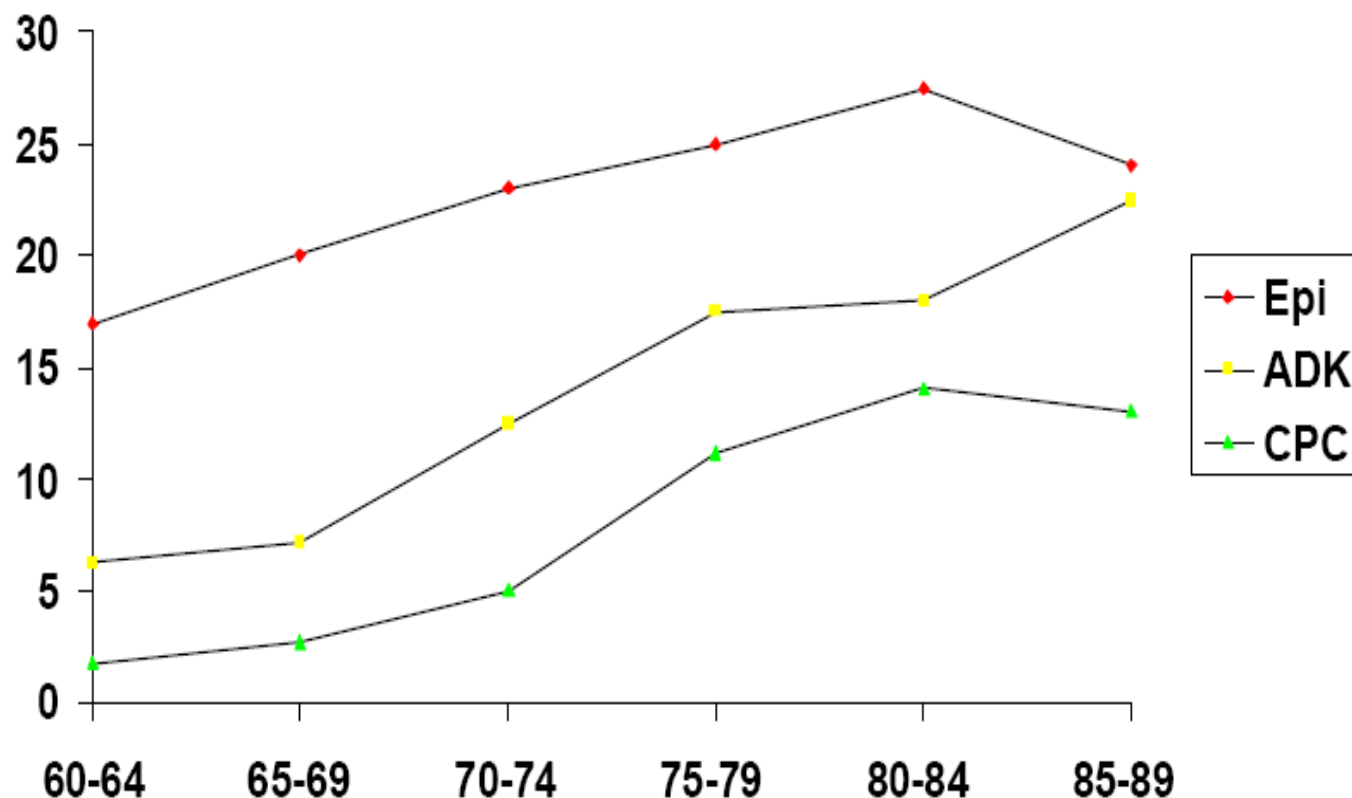
Le **cancer bronchiolo-alvéolaire** est une forme particulière d'adéno-carcinome .

- Le cancer à **petites cellules** est un cancer particulier très invasif (15%).
- Le cancer à **grandes cellules** (ex-indifférencié) représente 5% des cas

Les **formes mixtes** sont assez fréquentes et associent *épidermoïde* et *adéno-carcinome*. Près du 1/3 des cancers à petites cellules comportent des différenciations épidermoïdes ou glandulaires.

- **La pratique clinique distingue les cancers à petites cellules et les cancers non à petites cellules, représentés par le groupe des épidermoïdes, adéno-carcinome et carcinomes à grandes cellules**

Evolution des types histologiques de 1960 à 1989 aux USA (Hommes)



Diagnostic positif:

1) **Clinique:** peu informative:

- Toux persistante ou modification de la toux chez un bronchopathe chronique
- Hémoptysie, quelle que soit son abondance
- Dyspnée ou majoration de la dyspnée
- Infections pulmonaires traînantes ou répétées dans le même territoire
- Une douleur thoracique.
- Altération de l'état général
- Hippocratisme digital
- Un syndrome cave supérieur, un syndrome paranéoplasique (syndrome de Schwartz-Bartter, syndrome de Cushing, syndrome de Pierre-Marie et Foix)



- **Tout** symptôme thoracique ou extra-thoracique chez un fumeur doit faire évoquer la possibilité d'un cancer bronchique et faire pratiquer : un **examen clinique complet**, une **radiographie thoracique** de face et de profil et, en cas d'anomalie, une endoscopie bronchique.



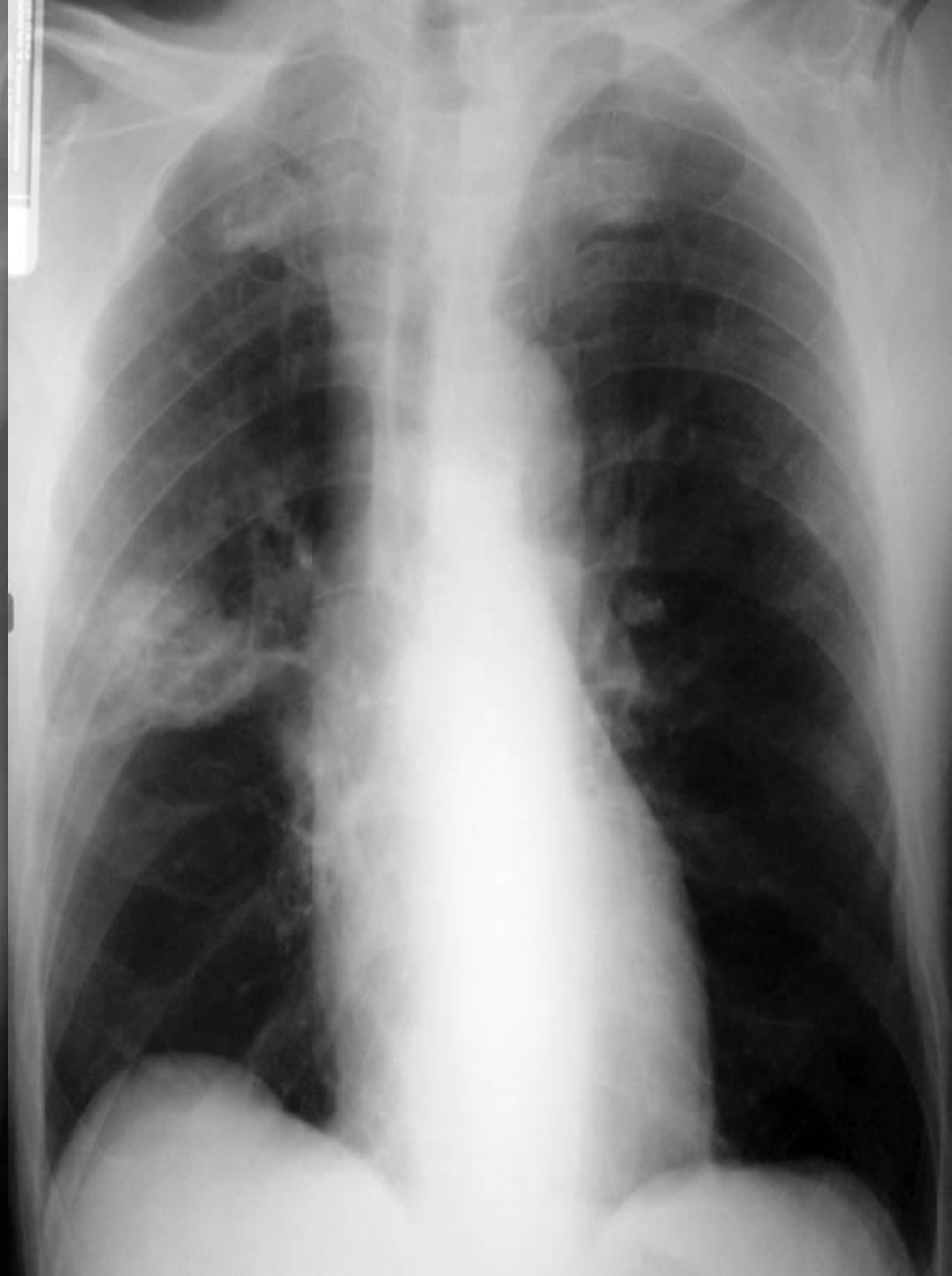
2) Radiographie pulmonaire:

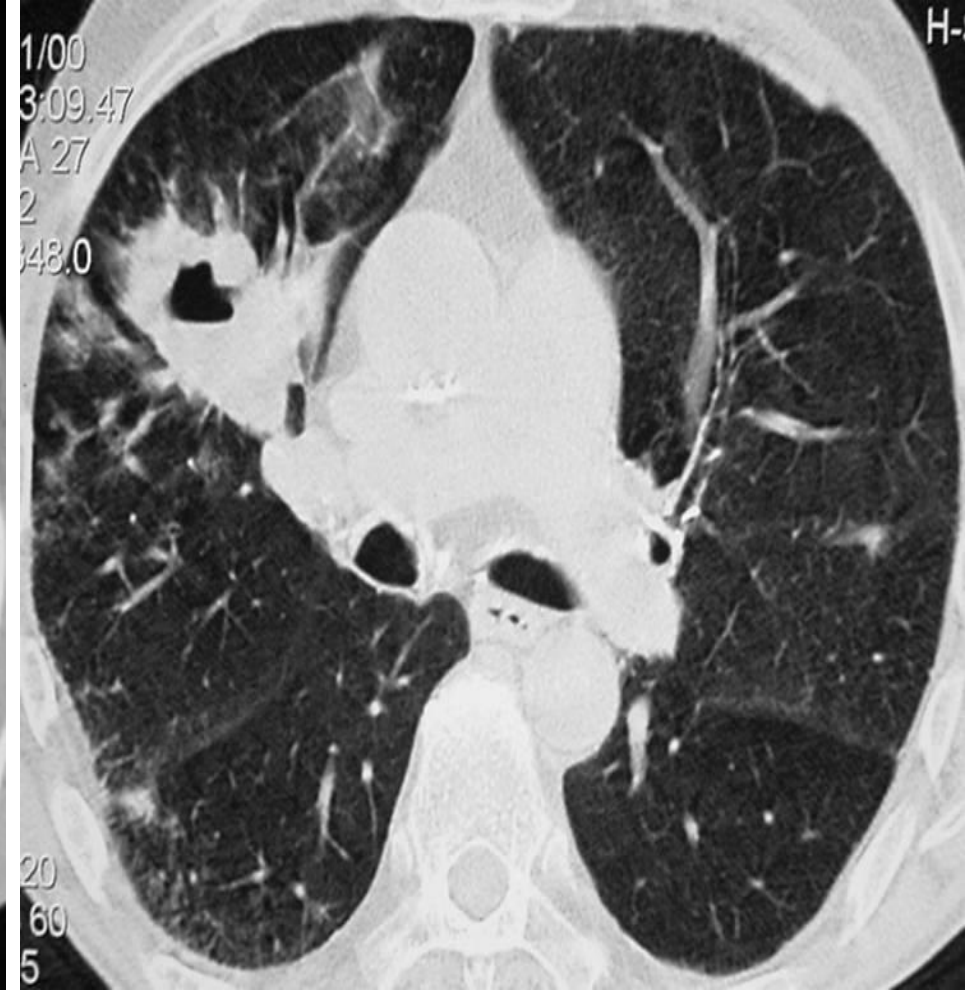
C'est une étape importante du diagnostic positif mais elle n'est jamais suffisante au diagnostic qui ne peut être qu'histologique.

L'aspect le plus fréquent est celui d'une opacité ronde hilare ou juxta-hilaire homogène, à limite interne confondue avec le médiastin et à limite externe floue comportant des prolongements en 'patte de crabe'.

D'autres aspects sont possibles:

- *Atélectasie*
- *Une opacité ronde solitaire périphérique.*
- *Un abcès et épanchements pleuraux*





4) Fibroscopie bronchique

Elle est la clé du diagnostic dans 90% des cas.

Les aspects les plus classiques sont les bourgeons, végétations infiltratives et sténoses intrinsèques ou extrinsèques par compression.





Évolution et pronostic:

L'évolution spontanée est constamment mortelle.

le pronostic dépend:

- des possibilités thérapeutiques car seule la chirurgie permet la guérison. La radiothérapie et la chimiothérapie ont un effet limité dans le temps.
- de l'extension du cancer.

Il faut retenir que seulement *1/3 des patients sont opérables et que parmi eux, 1/4 seront en vie à 5 ans.*



L' étude

Objectifs de l' étude:

Déterminer

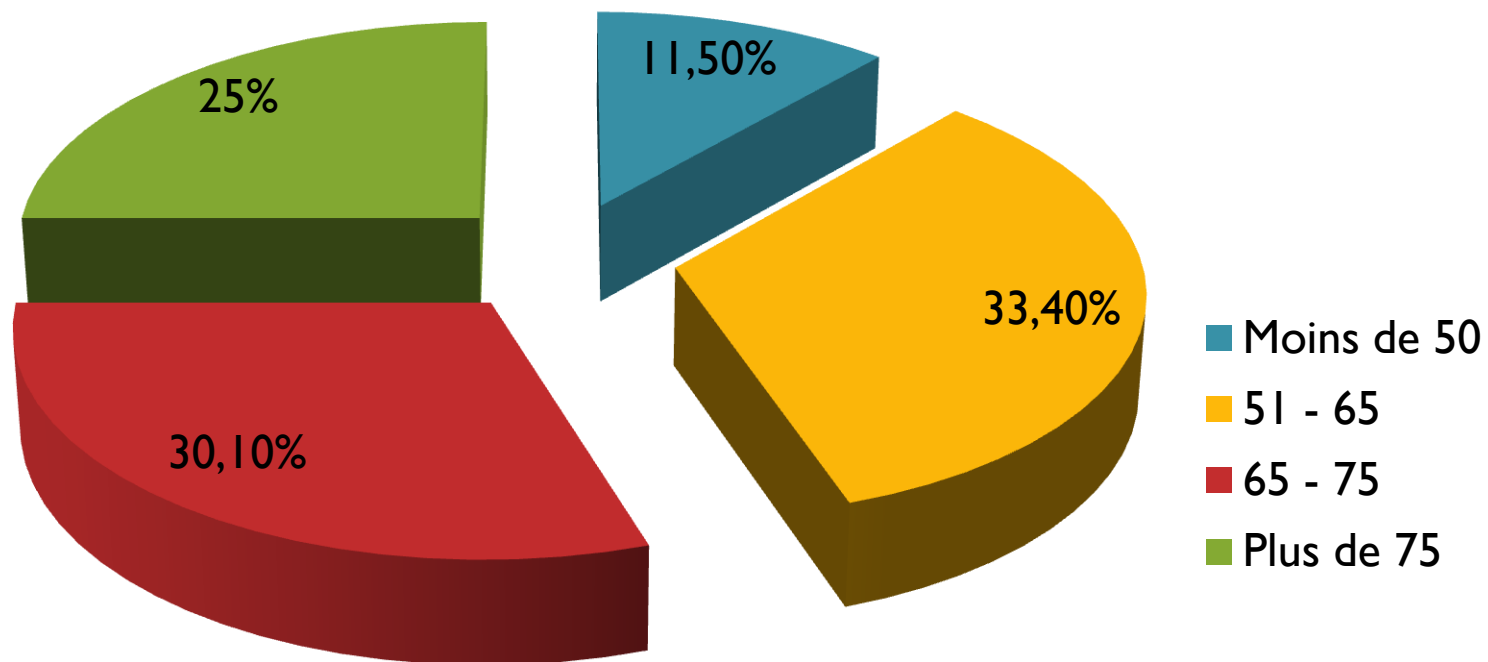
- Analyser les caractéristiques épidémiologiques
- les difficultés de prise en charge et les délais de diagnostic et de traitement .
- les facteurs pouvant influencé ce délai.

Matériels et méthodes

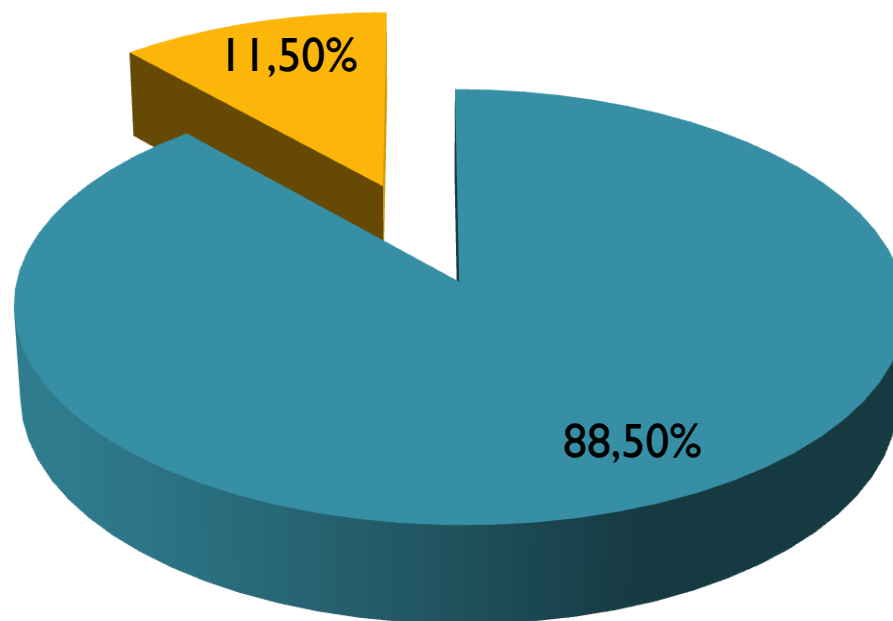
- Il s'agit d'une étude rétrospective des patients atteints de cancer bronchiques primitif
- Durée: 1^{er} novembre 2011-31 mai 2012
- CHU Tlemcen
- 64 patients primo traités de cancers bronchiques primitifs
 - Critères d'inclusion
 - Cancer primitif du poumon non pris en charge
 - Critères d'exclusion
 - Antécédent personnel de cancer quel que soit le stade.
- Fiche de recueil
- Analyse descriptive de la population étudiée et des délais.



Résultats

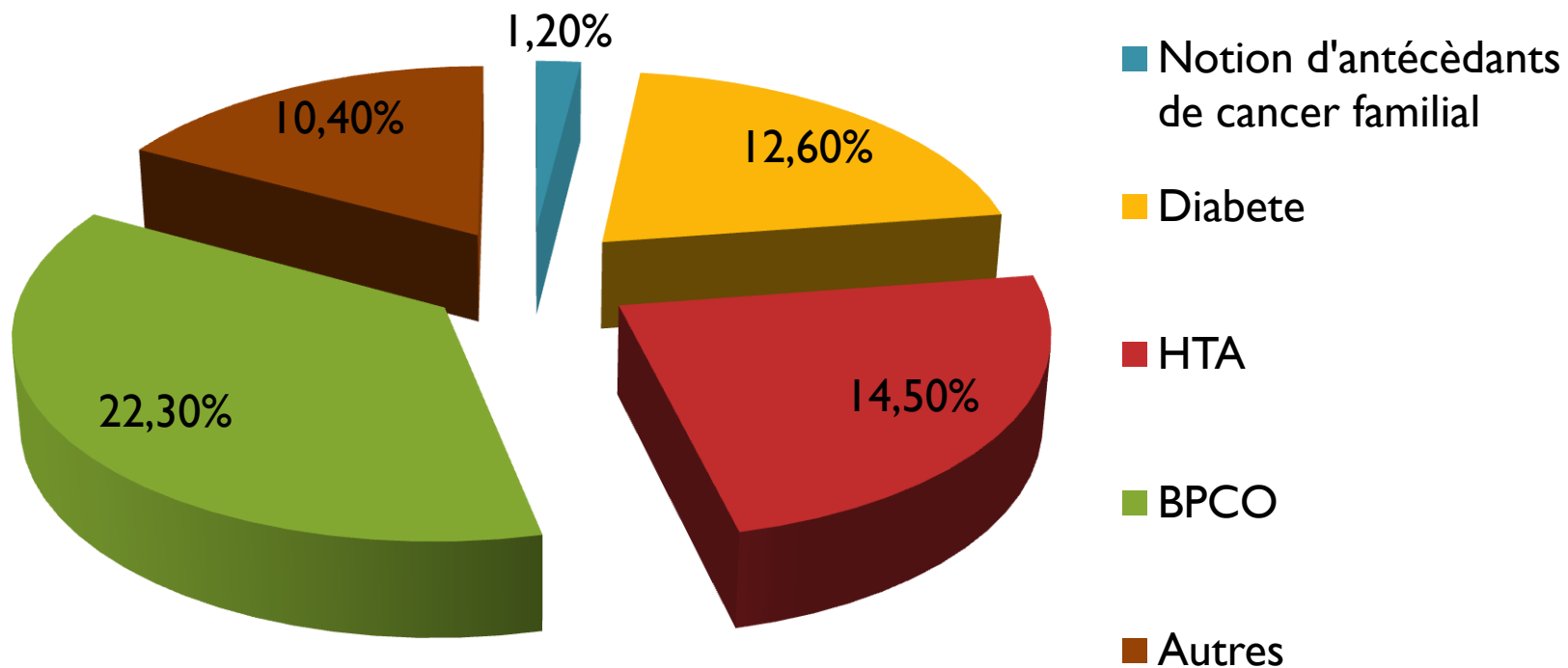


Selon l'âge



■ Homme
■ Femme

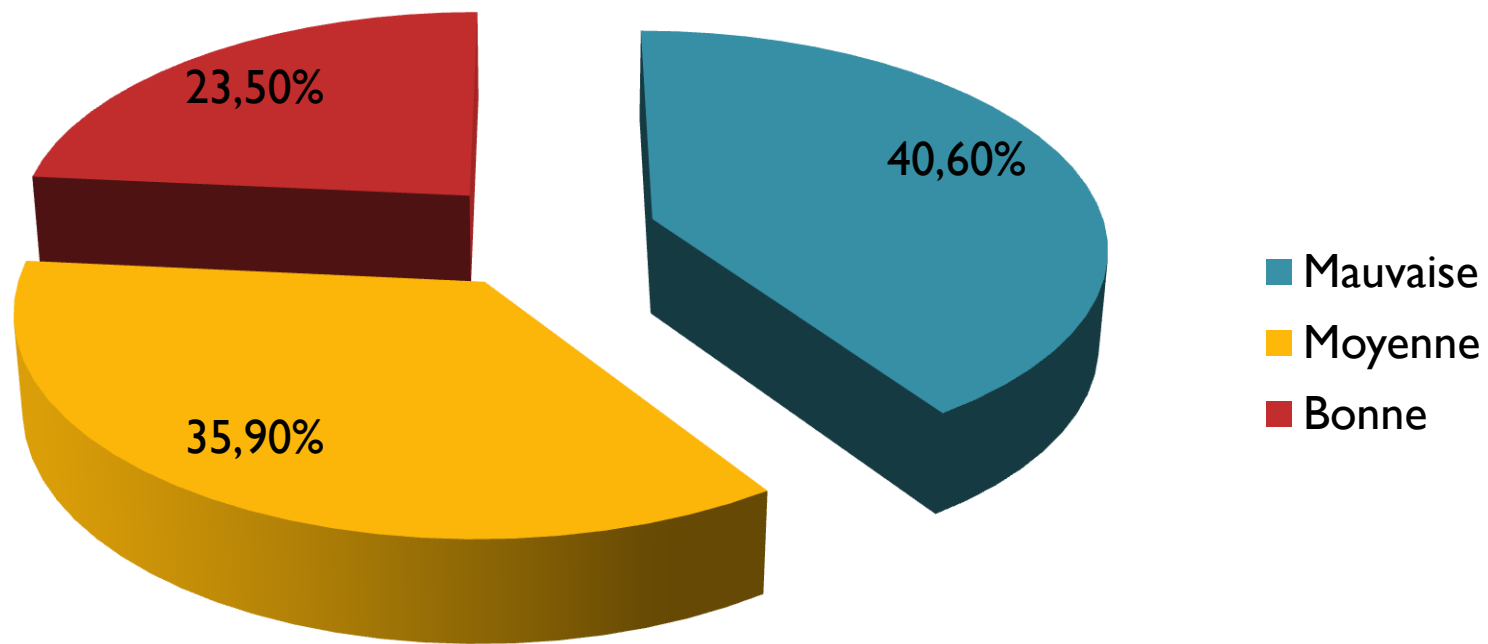
Selon le sexe



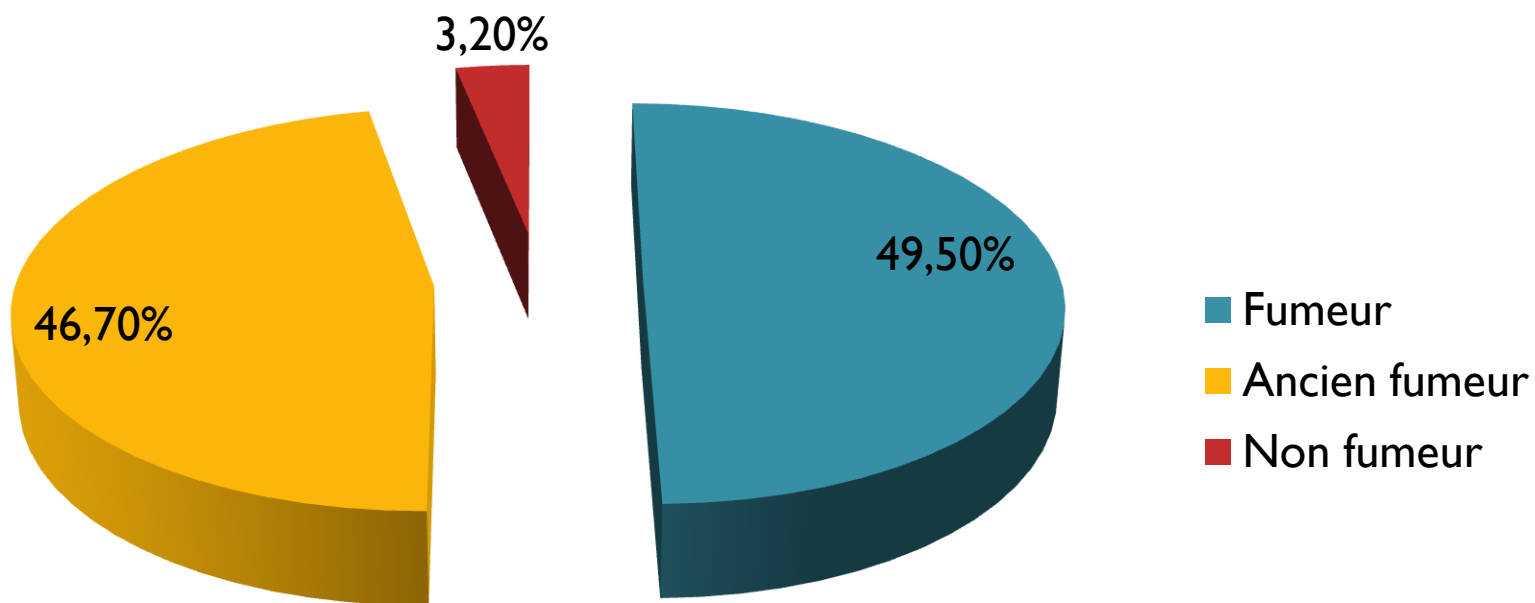
Selon les tares associé



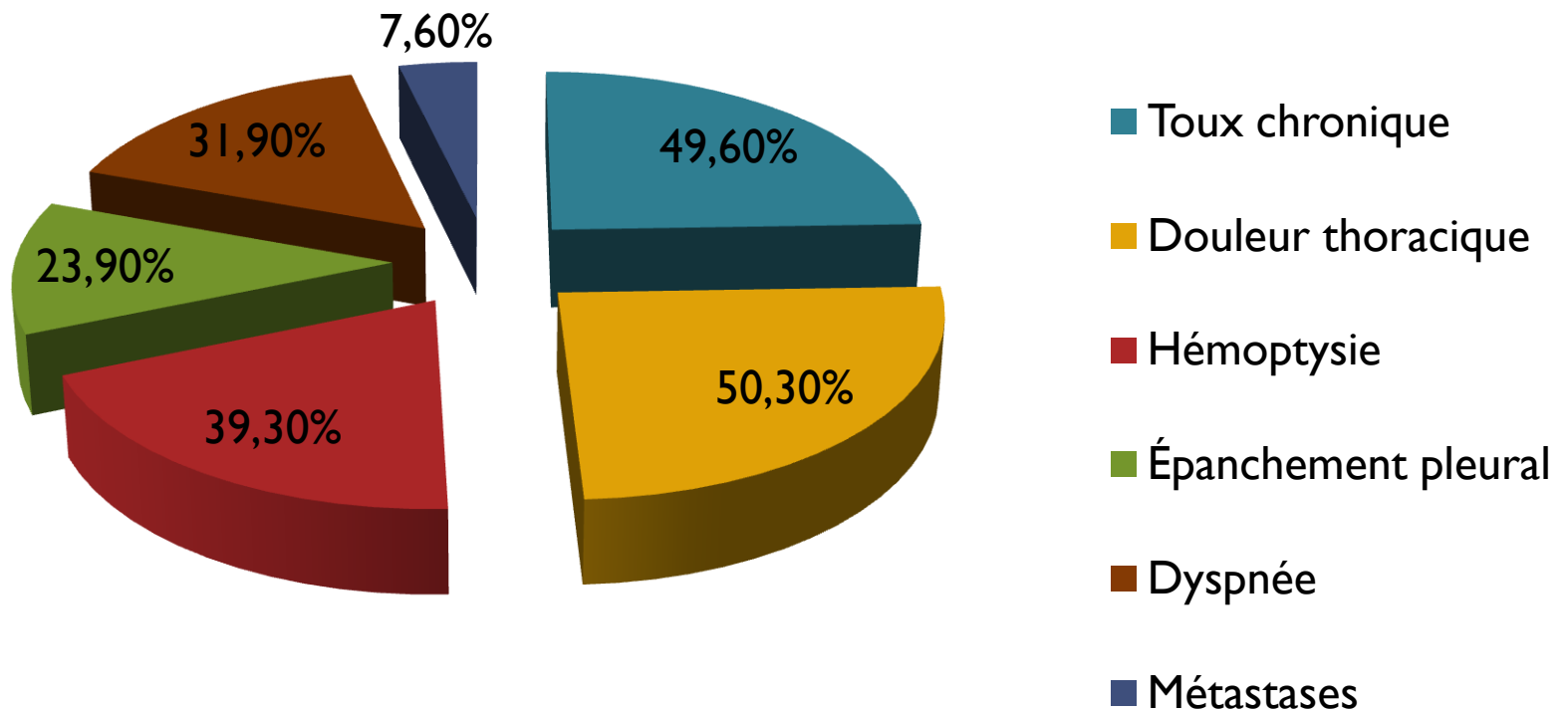
PS ≥ 2 chez 26,1% des patients au moment du diagnostic.



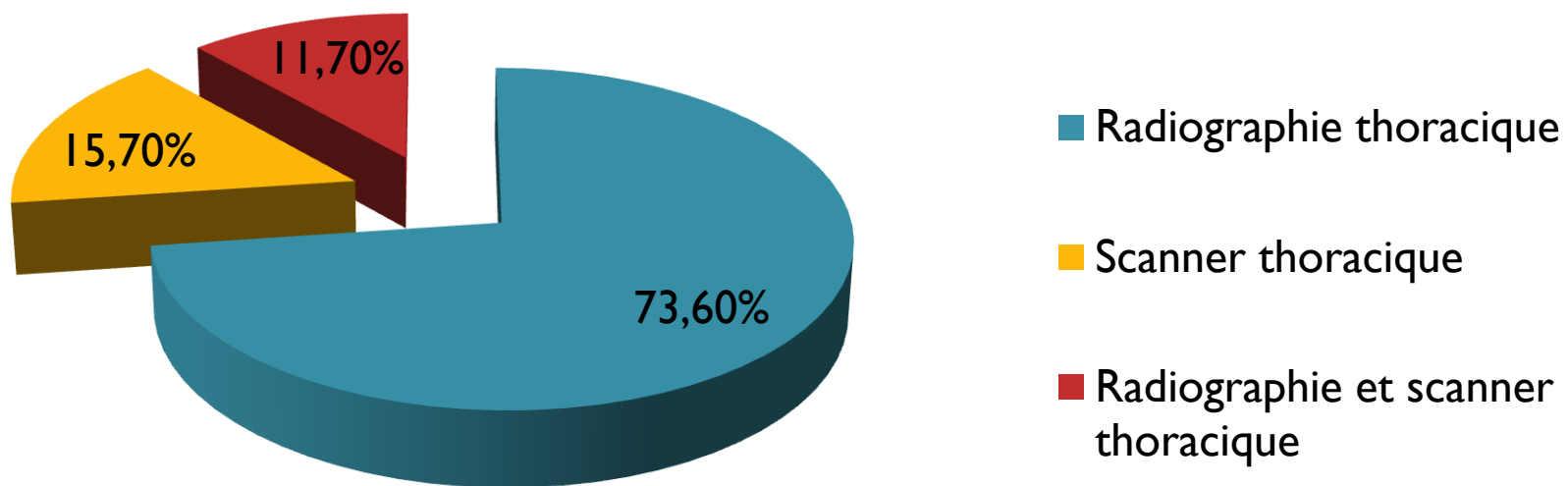
Selon les conditions socio-économiques



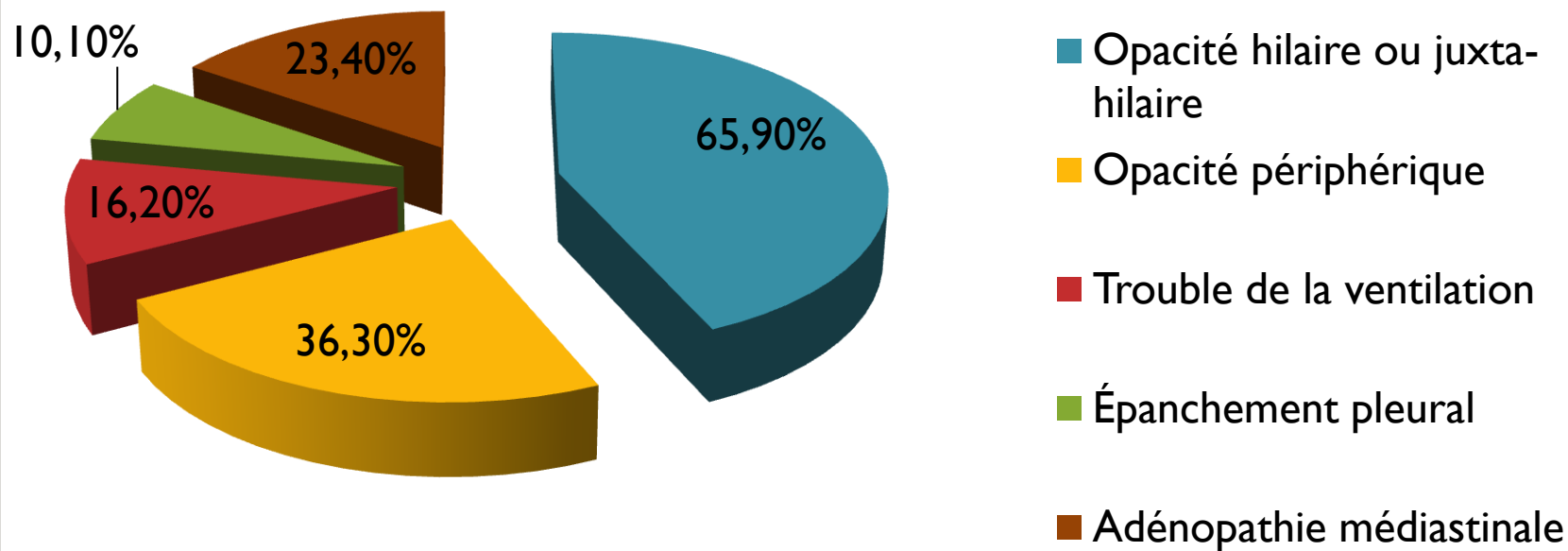
Selon les facteurs de risque



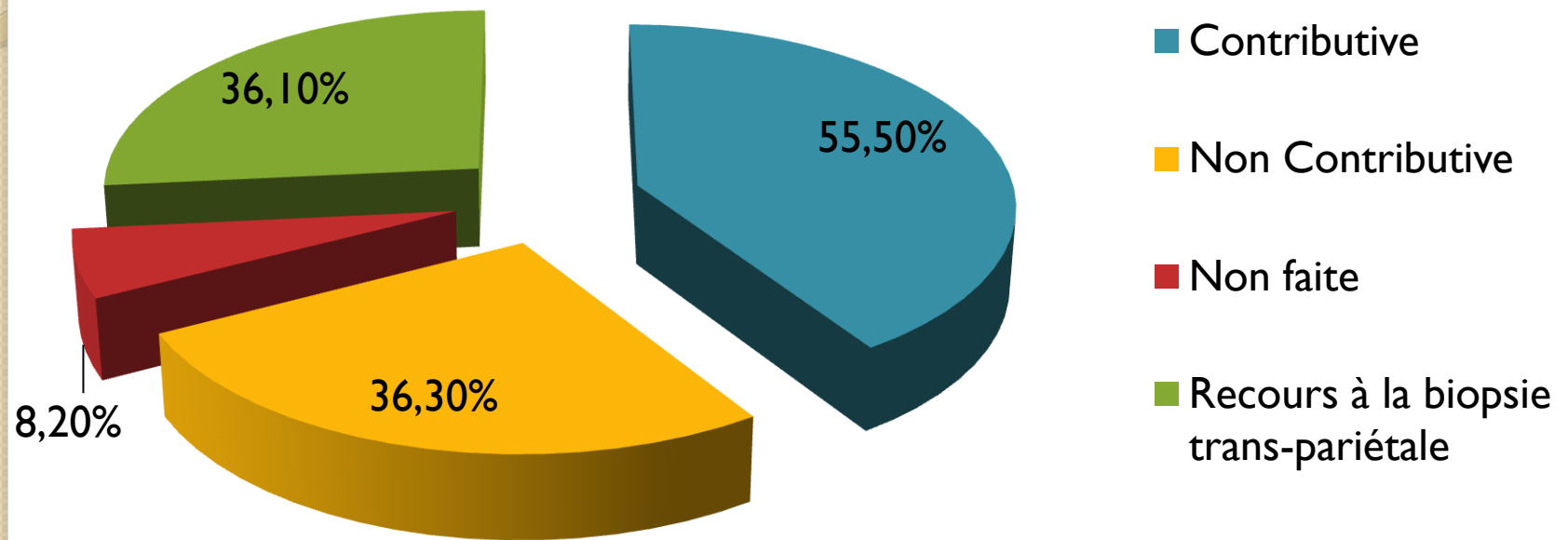
Selon les signes révélateurs



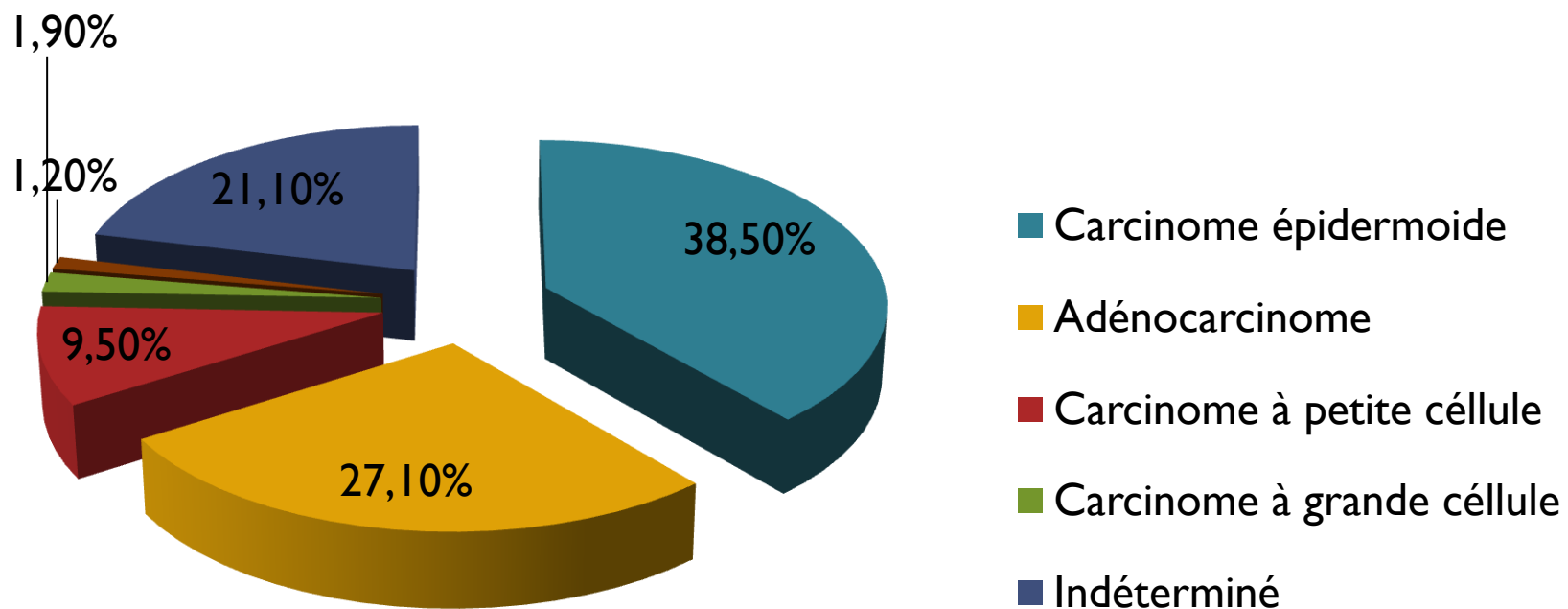
Selon le premier examen complémentaire



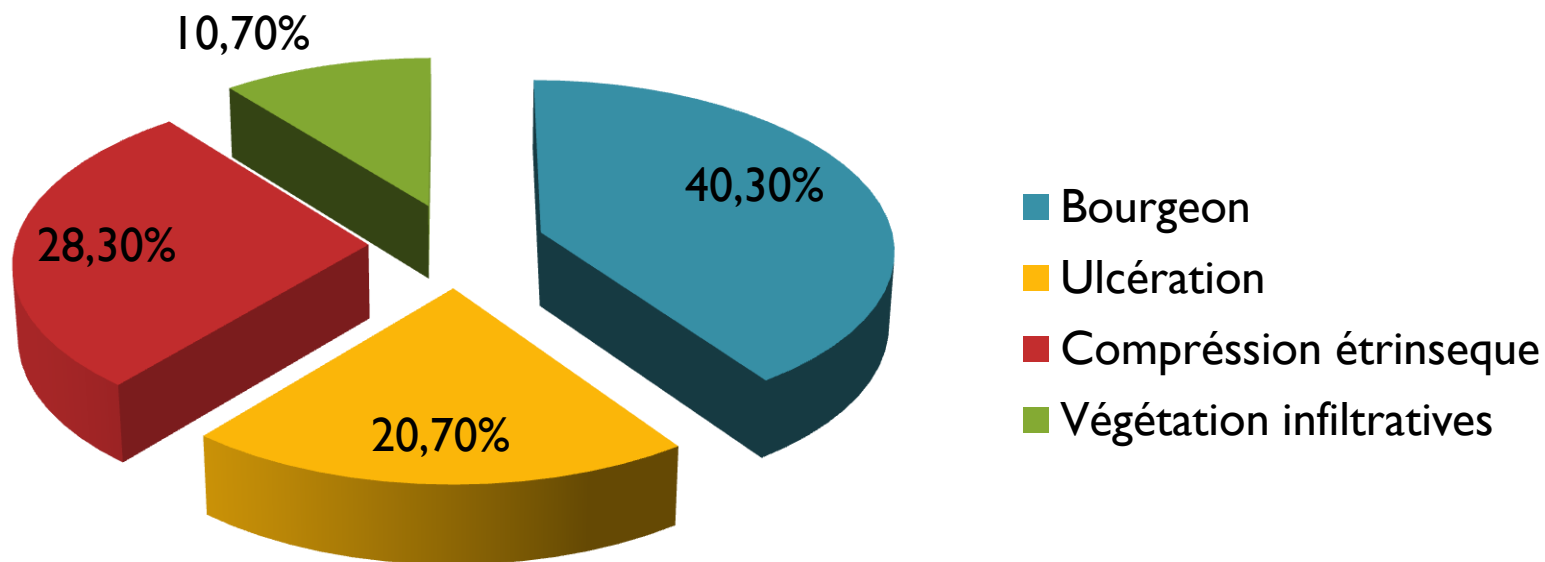
Selon l'aspect radiologique initiale



Selon la fibroscopie bronchiques

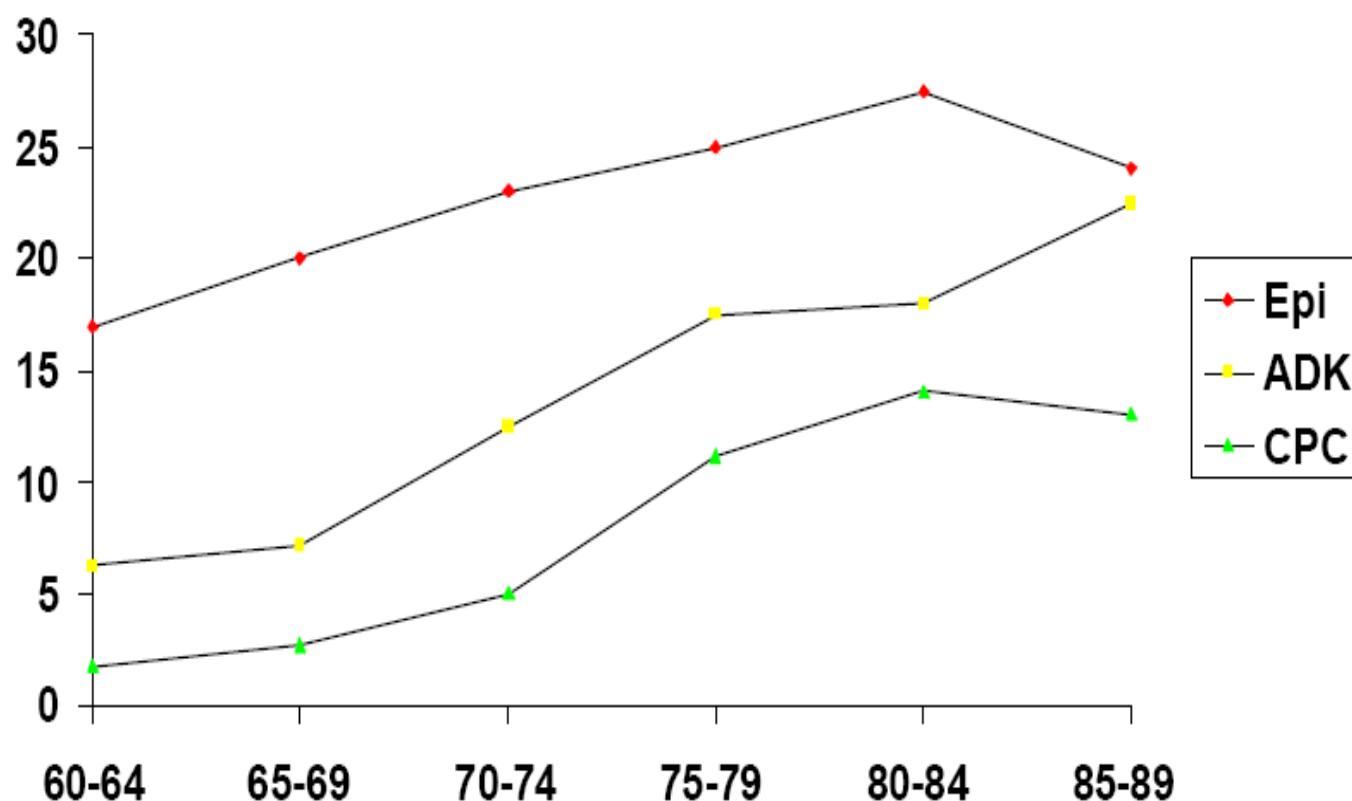


Selon le type histologique

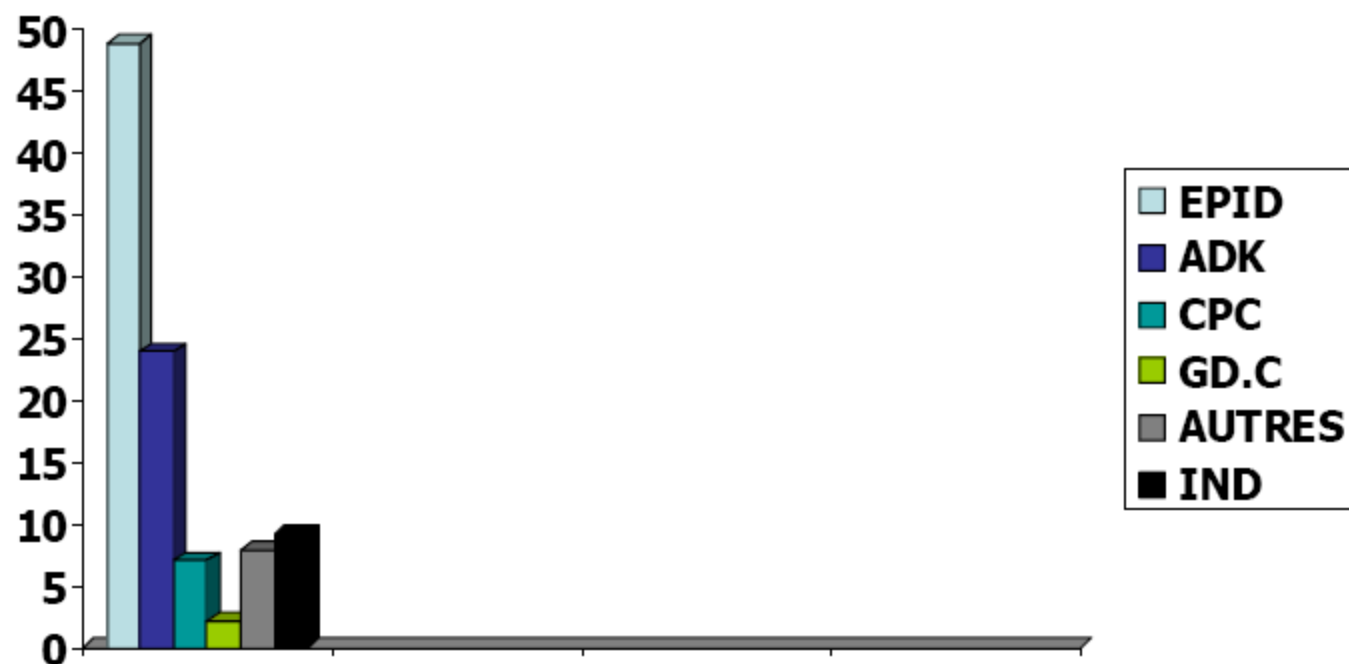


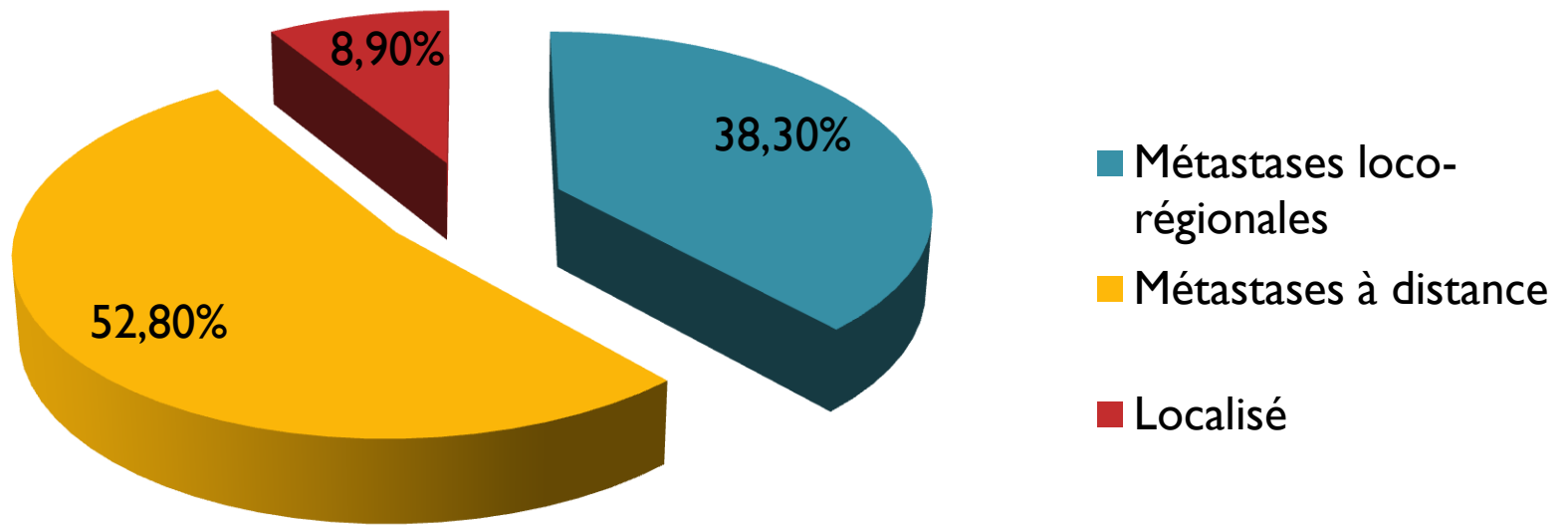
Selon l'éspect macroscopique

Evolution des types histologiques de 1960 à 1989 aux USA (Hommes)

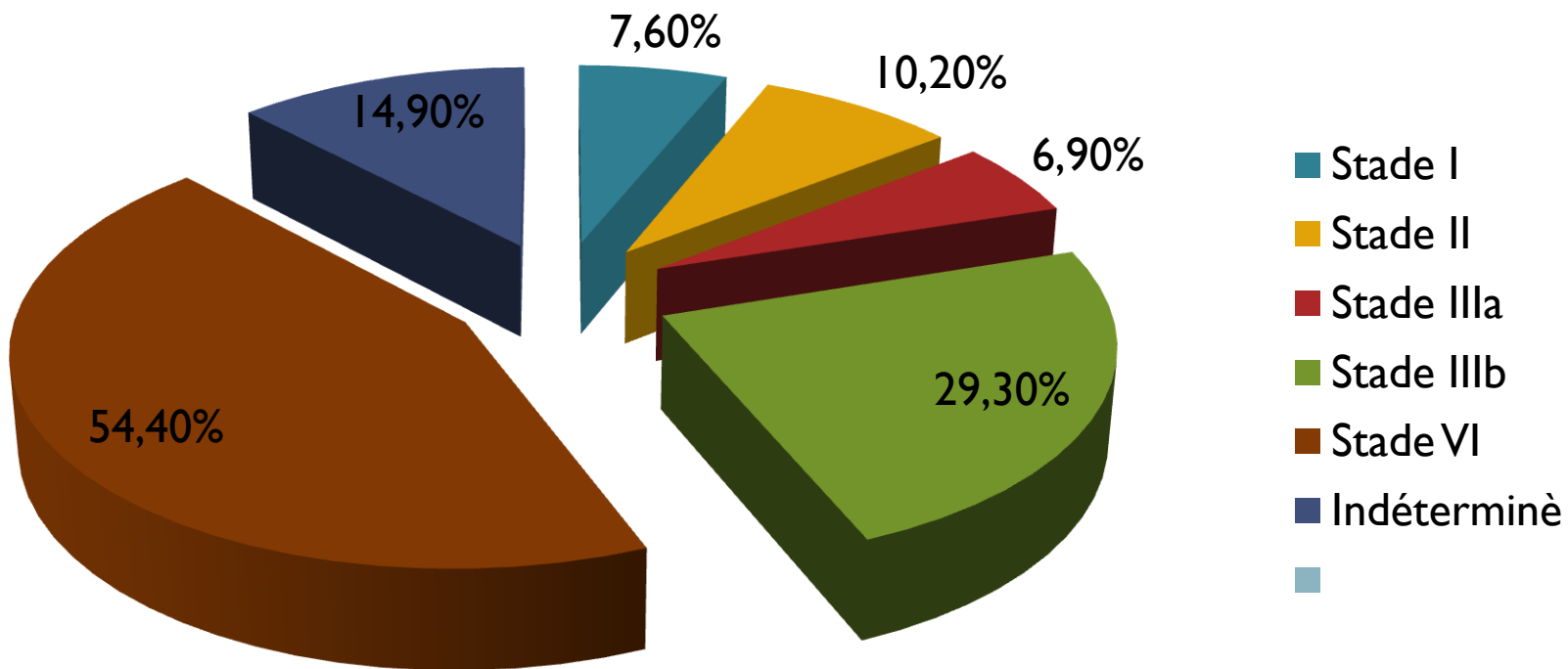


Diagnostic histologique



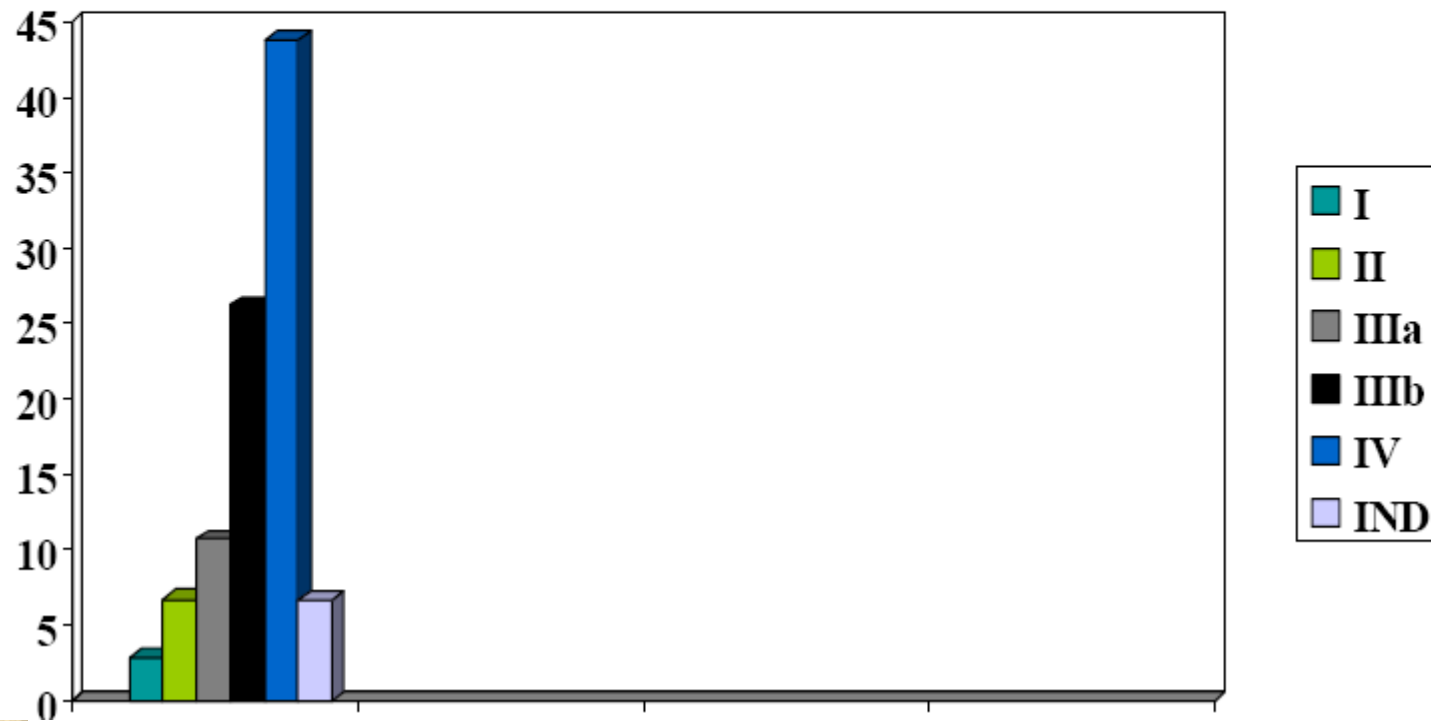


**Selon le bilan d'extension au moment du
diagnostique**



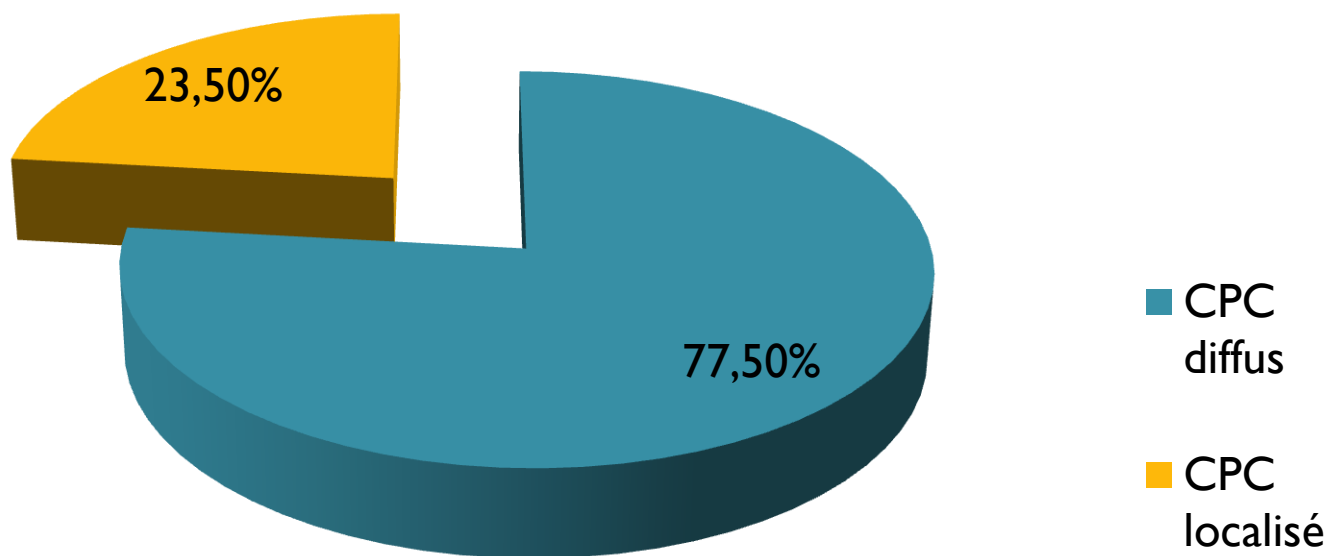
Stades du CNPC

Stades TNM



Expérience du CHU Bab El oued

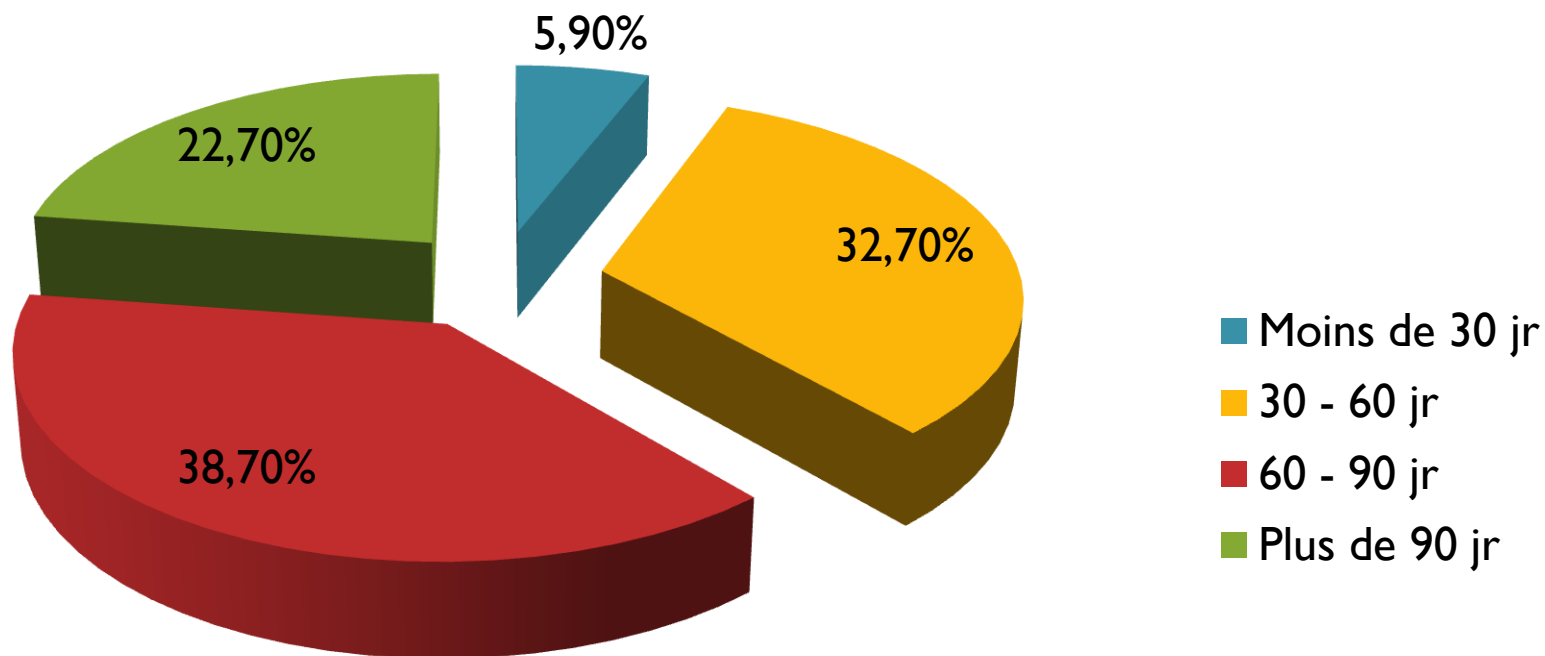
- Période: 1999-2005



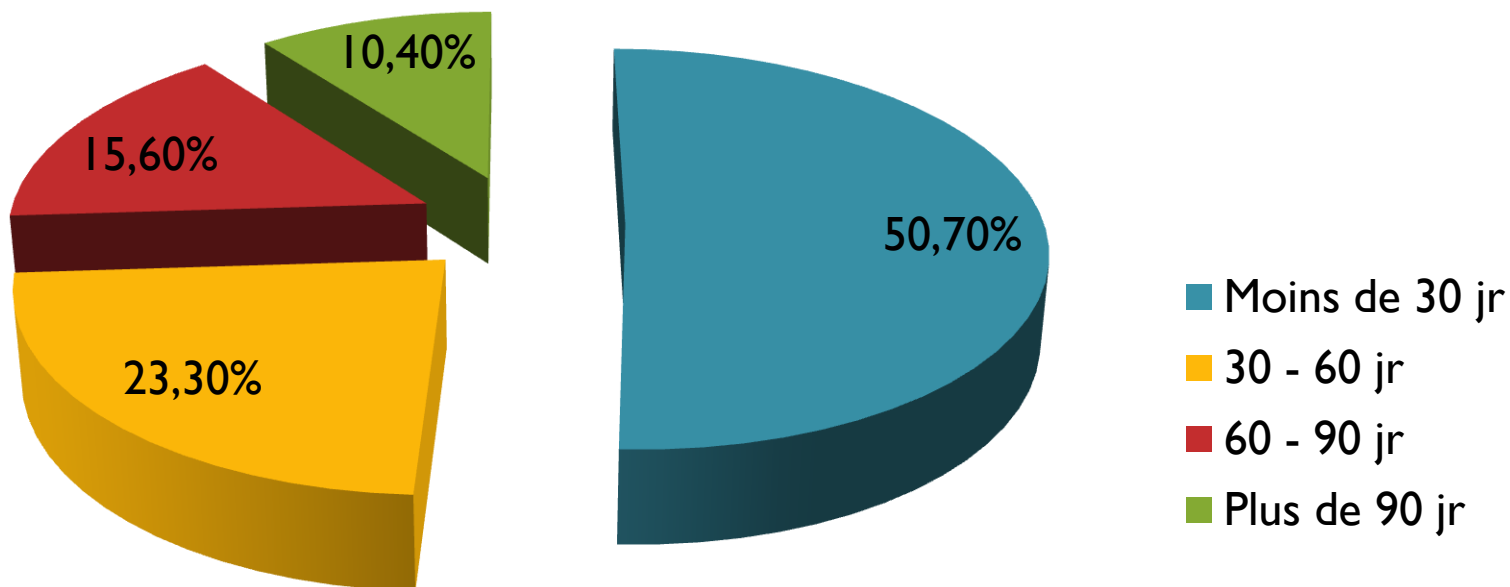
Stades du CPC

➤ **Sites métastatiques:**

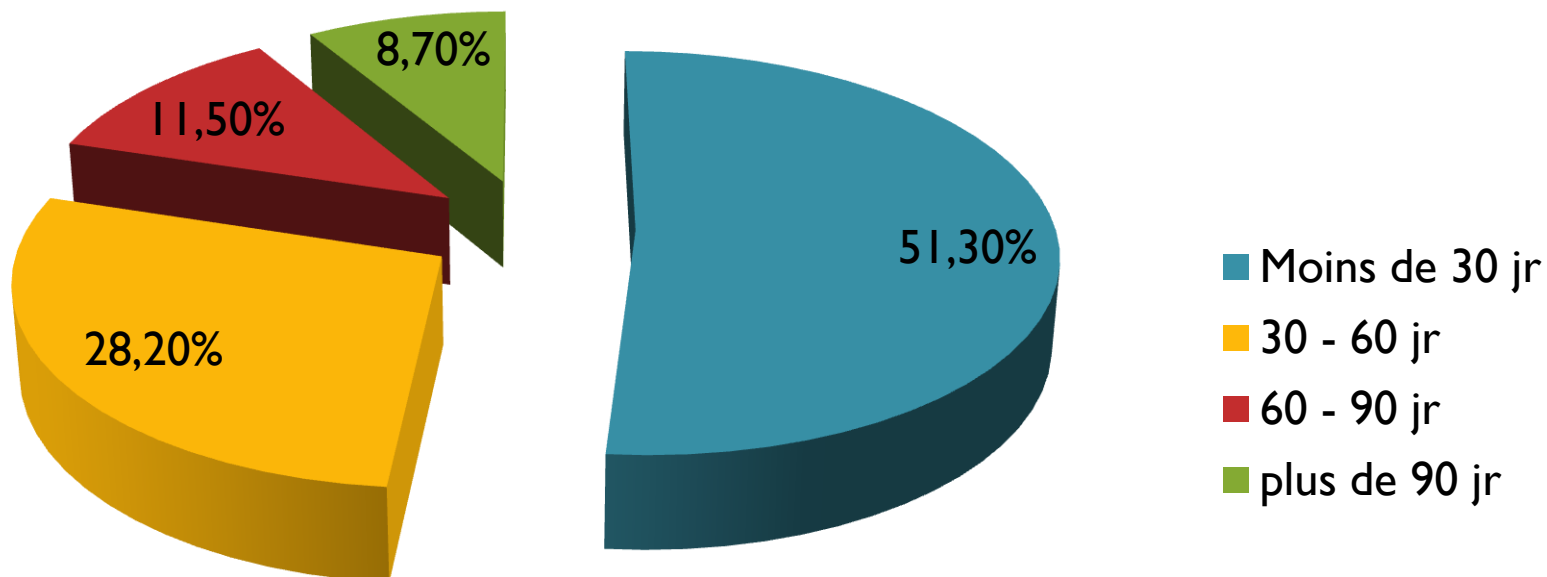
- Poumons : 38,2%
- Surrénales : 27,5%
- Foie : 26,5%
- Os : 26,2%



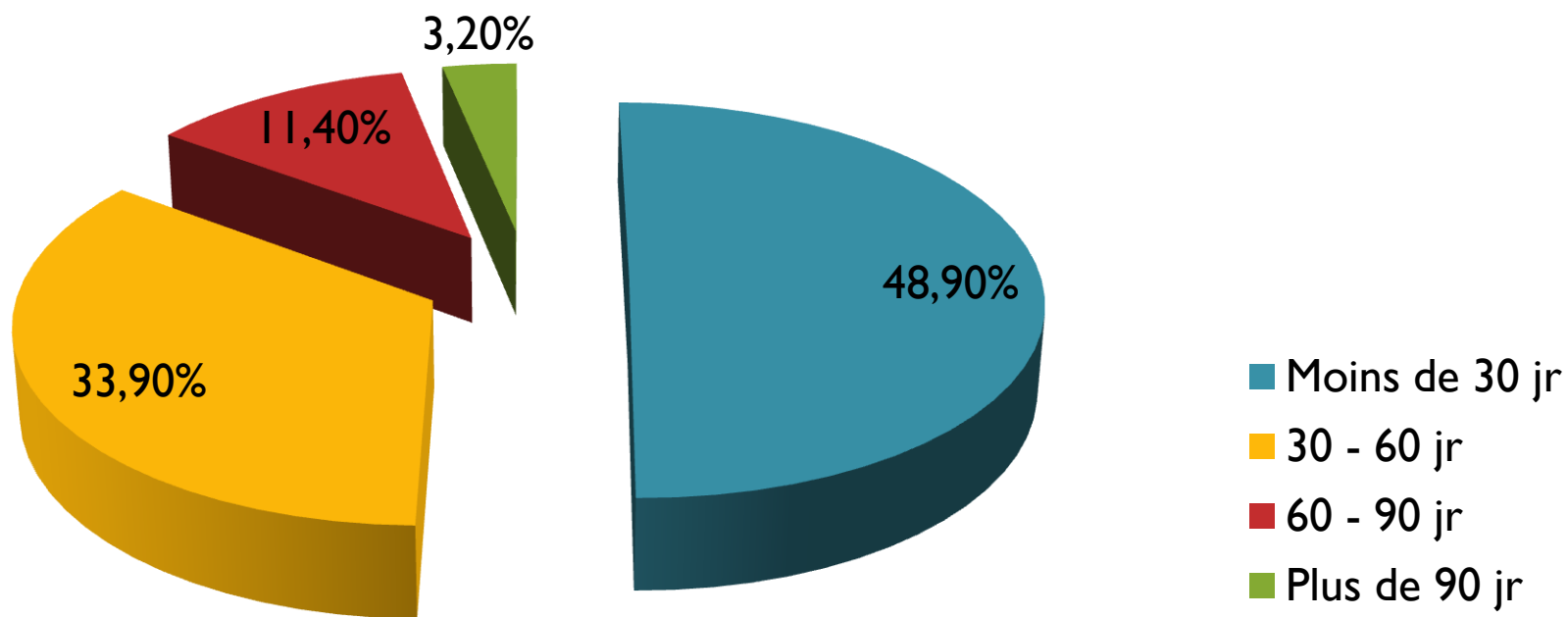
Selon le délai entre le 1^{er} symptôme et la 1^{ère} consultation



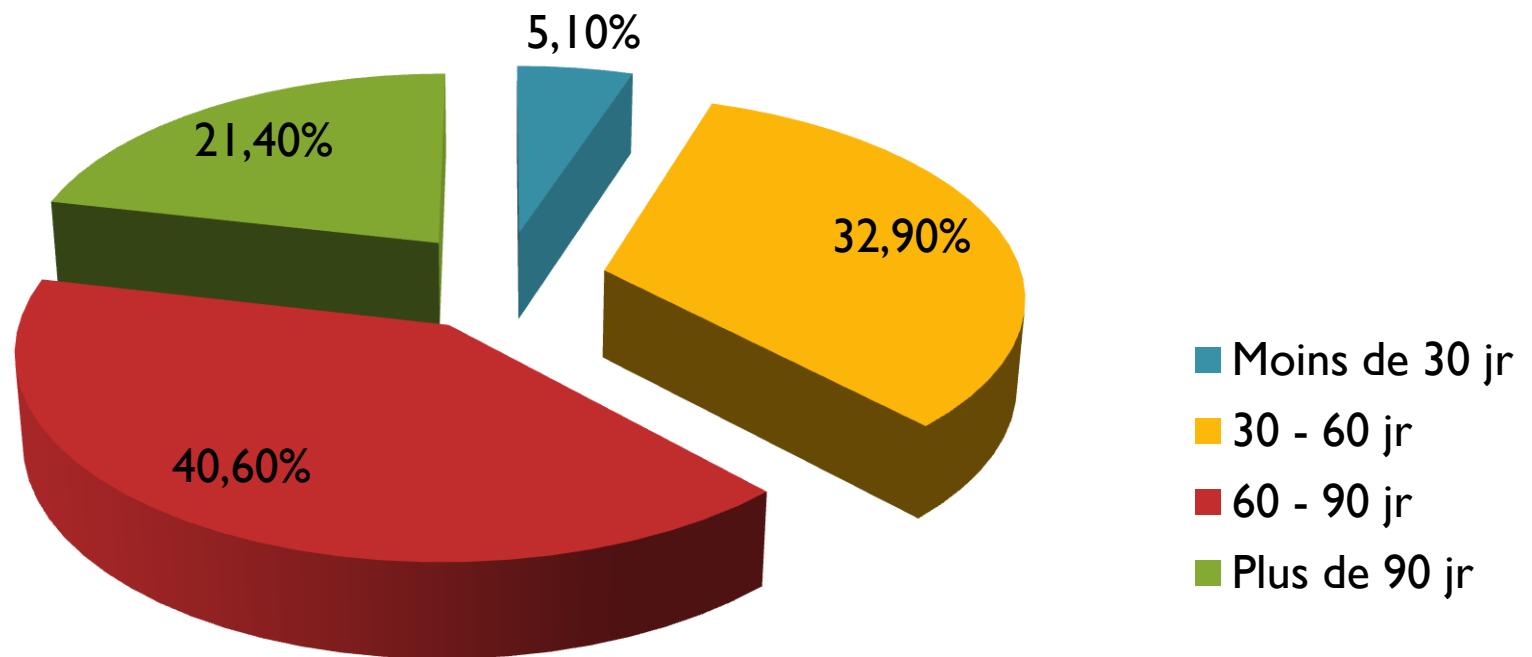
**Selon le délai entre la 1^{ere} consultation et le
diagnostique anatomopathologique**



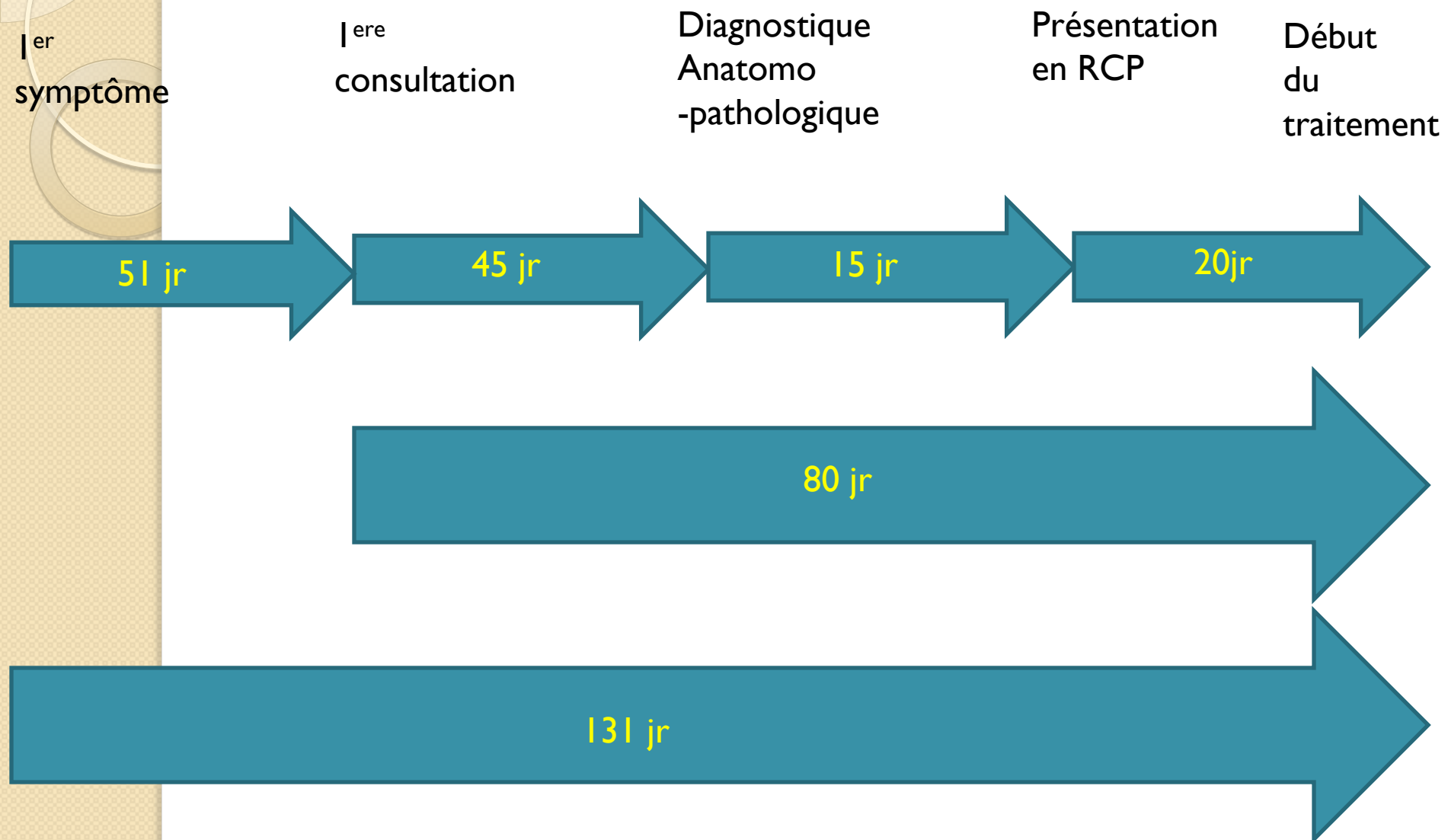
**Selon le délai entre le diagnostic
anatomopathologique et la présentation en RCP**



Selon le délai entre la présentation en RCP et le début du traitement



**Selon le délai entre le 1^{er} symptôme et le début
du traitement**



Le délai moyen pour chaque étape et
le délai global de prise en charge

Facteurs allongeant les délais

- Symptomatologie initiale insidieuse
- Le niveau socio-professionnel
- Découverte fortuite d'un nodule pulmonaire
- La taille et le type de la tumeur
- Nodule pulmonaire solitaire périphérique
- Bilan d'extension et d'opérabilité: problème de structure
- 2^{ème} avis ect.....
- Obtention d'une histologie difficile

Facteurs raccourcissant les délais

- Symptomatologie initiale brutale
- Découverte fortuite d'une maladie métastatique
- Recours aux urgences (réalisation TDM)
- Stades avancés (métastatiques) vs stades précoces
- Type anatomopathologique: CPC+++ vs autres histologies

Voies d'amélioration

- Information des médecins et de la population (prévention dans la population générale et dans les populations exposées (travail))
- Renforcement du trépied Médecin généraliste/Pneumologue/Oncologue
- Dépistage (controversé mais de nouvelles techniques sont en cours d'analyse)
- Réseaux de soins (ville, hôpital)
- Organisation au sein de chaque structure (consultations rapides)
- Augmentation du matériel et du personnel qualifié

- 
- Les délais obtenus présentent une variabilité liés à des divers facteurs, qu'ils soient intrinsèques liés à la personne (sexe et âge), liés à la maladie elle-même (stade), à son mode de découverte ou à la filière ou la prise en charge et extrinsèques liés aux difficultés structurale
 - Ces délais retrouvés sont un peu plus prolongés qu'à ceux de la littérature mais une nécessité de faire diminuer ces délais surtout pour les patients potentiellement curatifs



Le pronostic du cancer du poumon dépend du stade de la maladie au diagnostic



La démarche initiale devant une suspicion de cancer du poumon est déterminante pour la prise en charge ultérieure du patient



Les informations cliniques d'imagerie
anatomopathologique et fonctionnelles nécessaires à
une décision thérapeutique optimale .

- 
- La survie a 5ans des patients traités pour des cancer pulmonaire préinvasifs est estimés a près de 90%



Les lésions pré invasifs sont superficielles et de petite taille , ce qui présente un défi pour les bronchoscopistes les plus expérimentés

- 
- L'endoscopie bronchique a l'auto fluorescence(AF)/endoscopie bronchique a lumières blanche
 - Différents essais cliniques randomisés ont montré une amélioration de la sensibilité de la détection des lésions précancéreuse (dysplasie modéré a sévère et CIS)

- 
- Le système (*LIFE*) a montré une sensibilité pour la détection des cancers et des dysplasie de 91% contre 77% en lumière blanche

La vidéo endoscopie en auto fluorescence et
le ***narrow band imaging (NBI)***.

- La tomographie par émissions de positons ^{18}F FDG (TEP) recommandé pour le diagnostic initial , l'évaluation de l'extension locorégional et a distance dans le CNPC.
- Plus efficace que la TDM pour différencier des lésions malignes de plus de 1cm de diamètre des lésions bénignes avec une sensibilité et une spécificité de plus de 90%

- 
- La tomographie par émissions de positons (TEP) combiné au TDM présente l'avantage de combiner la visualisation de la tumeur et une mesure semi quantitatif de la consommation de ^{18}F FDG, permettant de distinguer les tissus métaboliquement actifs



L'évaluation de l'extension de la tumeur
conditionne le caractère extirpable ou
non la tumeur



Permet une valeur pronostic initial et peut informer avec appréciation de la réponse aux traitements qui reste a définir .

- 
- (EBUS et/ou EUS) L'échographie oesophagienne et bronchique sont des alternative à la chirurgie .

- 
- (EBUS et/ou EUS) L'échographie oesophagienne et bronchique permettent le diagnostic des atteintes médiastinale dans le CPNC

- 
- EBUS est une technique intéressante pour évaluer l'envahissement pariétal. l'invasion cartilagineuse.

- 
- Ces techniques in vivo permettront de mieux localiser les lésions précoces ,de mieux connaître le degré d'invasion et de mieux déterminer l'extensions distale

En résumé

Circonstance diagnostiques : Tous les signes respiratoire (toux non expliquer modification de la toux/ou de l'expectoration) ou extra thoracique suspect chez un fumeur ou un ex fumeur doit évoquer un cancer du poumon



Induire un bilan dans les meilleurs délais :



L'imagerie

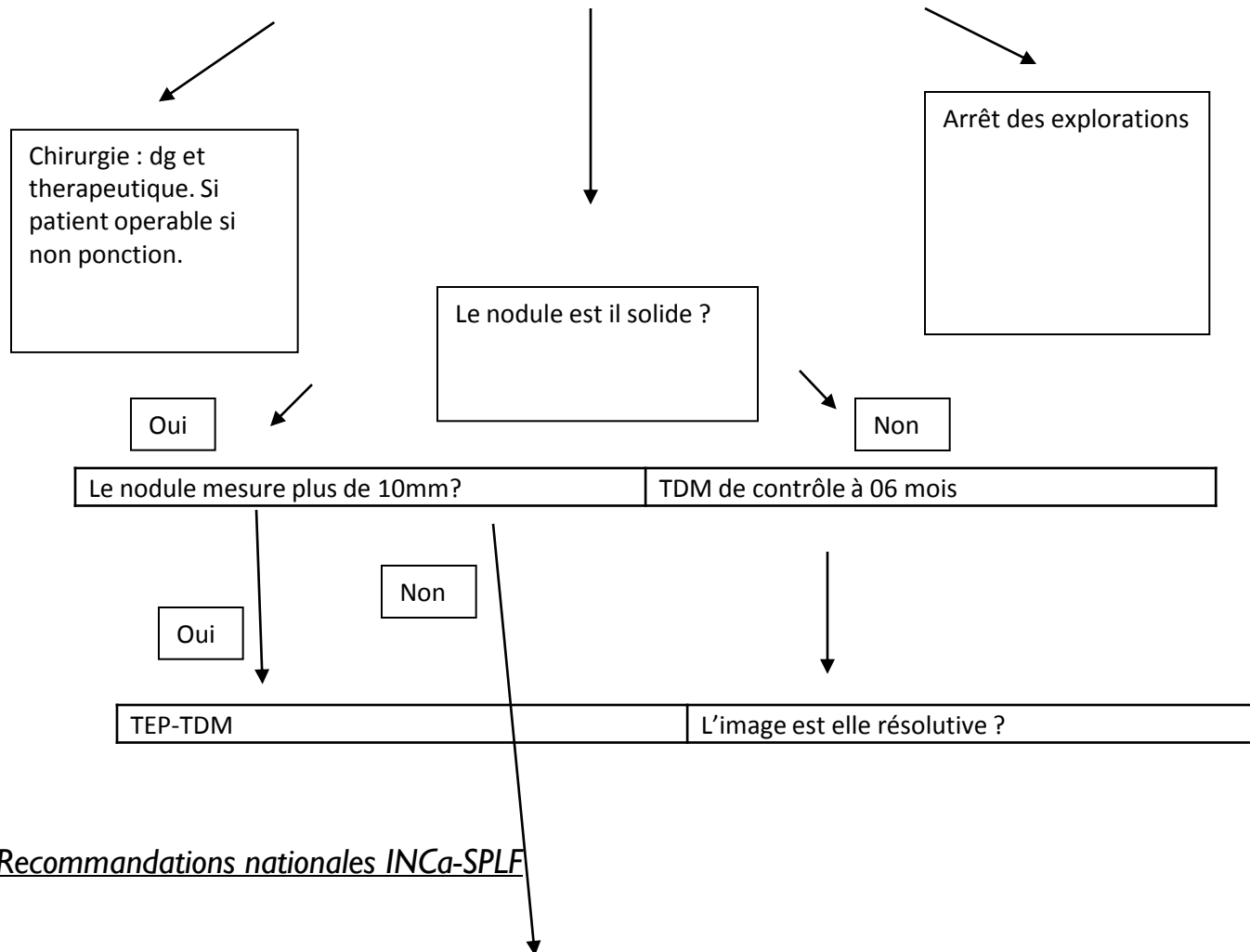
La bronchoscopie

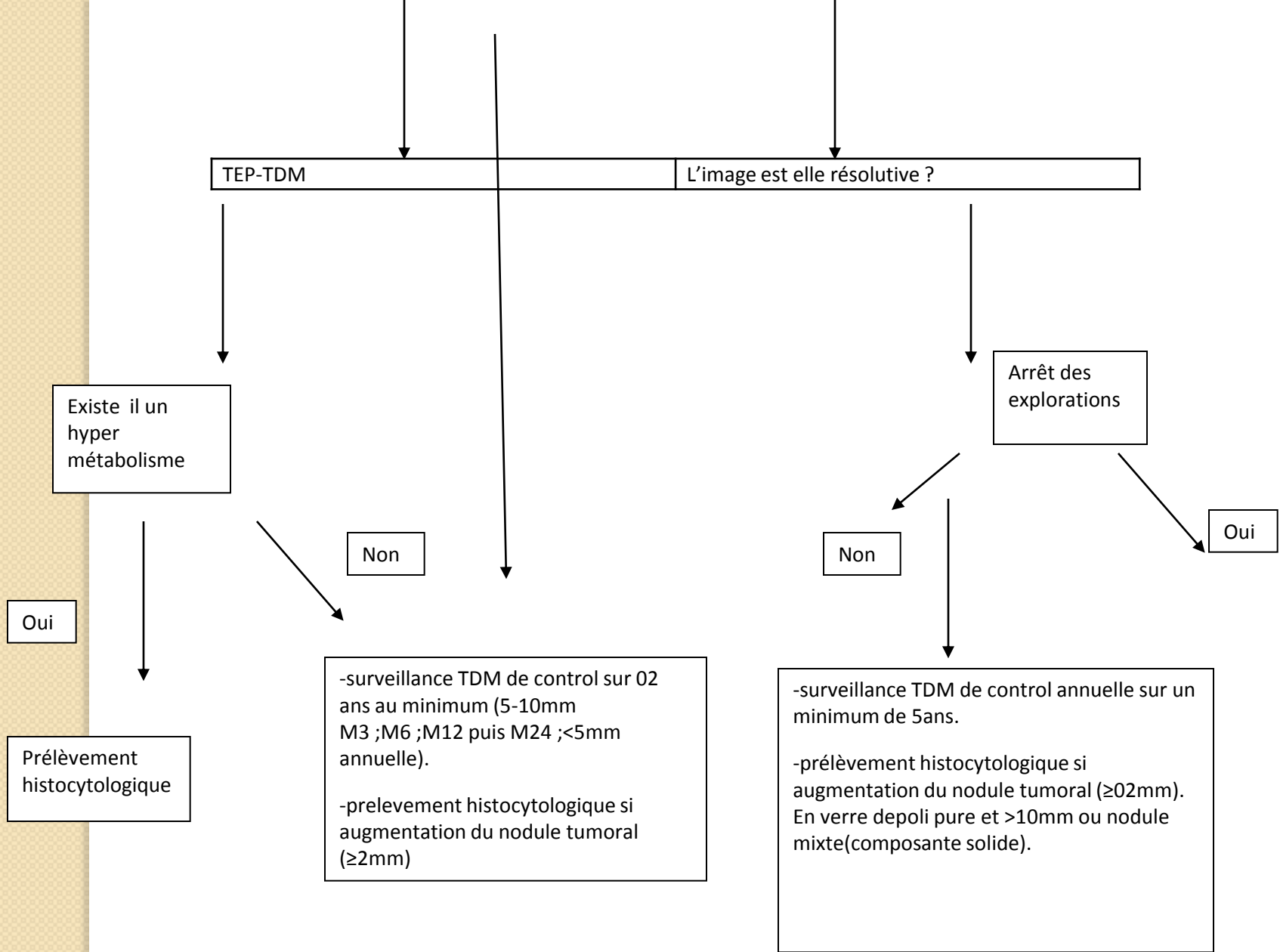
Nouvelles techniques

Probabilité de malignité à partir de critère clinique et d'imagerie

	Critères de malignité	Critères de bénignité
<u>Examen clinique</u>	- Age - Tabagisme , exposition aux agents cancérogènes - Antécédents de cancer	
<u>TDM en coupes fines</u>	-Diamètre élevé. -Contenu irrégulier. -Bronchogramme aérien ou bronche dilaté dans l'environnement du nodule. - Cavitation avec paroi épaisse. - Image persistante En verre dépoli de plus de 10mm ou avec une composante solide.	-Foyer de composante grasseuse -Calcification diffuse lamellaire ou centrale(granulome) ou en en pope de corne (hamartochondrome). -aspect compatible avec un gonglion intra pulmonaire ;nodule <10 de la plèvre au dessous du niveau de la carène (forme angulaire). -absence d'hypermetabolisme et diamètre>10mm.

Patient présentant un nodule très suspect de malignité	Patient présentant un nodule indéterminé	Patient présentant un nodule bénin
--	--	------------------------------------







Confirmation du diagnostic :

Anatomopathologique

Préciser le type et sous type histologique de la tumeur qui reste le gold standard



Forme peu différencié compléter par une analyse
histochimique (colorations des mucines) techniques
d'immunomarquage



**Carcinome non a petites cellules
non épidermoïdes ,tumeur localement
avancé ou métastatique**



Bilan d'extention d'un cancer du poumon non a petite cellule (doit dater moins de 6 semaines avant l'initiation du traitement

Autres difficultés

les contraintes exprimées par l'ensemble des CHU requièrent des actions essentiellement politiques :



**CLARIFICATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ
ET FINALISATION DE LA LOI SANITAIRE .**

**MODIFICATION DES STATUTS DES HÔPITAUX POUR UNE
GESTION ET UN FINANCEMENT EN FONCTION DES
ACTIVITÉS ET DE LA PERFORMANCE .**

Les difficultés

- Débordement des CHU par des activités qui auraient dues être conduites par les EPSP .
- Règlements, décrets et normes inadaptés et obsolètes (indicateurs, gestion des ressources humaines, enveloppe budgétaire etc.) ;
- Absence de contrôle de la gestion du personnel de santé en fonction de leurs besoins et difficultés ou impossibilité d'embauche de personnel avec des profils autres que soins de santé .
- Communication déficiente avec le niveau central ; en particulier, les décisions prises par le niveau central sont le plus souvent non pertinentes avec leurs besoins.

- 
- Mise en place de la carte sanitaire pour une meilleure cohérence de proximité entre les différents niveaux du système de santé .

Décentralisation de la gestion des ressources humaines dans les établissements, notamment dans le domaine de la formation afin de répondre de manière flexible aux besoins ;

Mise en place d'un système d'information sanitaire performant
amélioration de la communication entre les différents niveaux du système de santé.



L'OMS a lancé son Plan d'action contre les maladies non transmissibles, comportant des interventions spécifiques pour le cancer.

- Renforcer l'engagement politique en faveur de la lutte anticancéreuses
- Elaborer des stratégies de prévention contre le cancer
- Mener les recherches sur les causes de cancer chez l'homme
- Elaborer des normes et des outils pour guider la planification et la mise en œuvre d'interventions pour la lutte contre le cancer.
- renforcer les systèmes de santé aux niveaux national et local pour soigner et guérir les malades

- 
- **Buts :**
 - o Diminuer l'incidence du cancer
 - o Réduire la mortalité liée au cancer
 - o Allonger la durée de survie des patients cancéreux.
 - o Améliorer leur qualité de vie .



Mise en œuvre systématique d'une stratégie:

- Prévention ,
- Détection précoce
- Diagnostic , traitement et de soins palliatifs



Prévention primaire :

- Mettre en place un programme de lutte anti-tabac.
- Mettre en place une politique nutritionnelle de mode de vie sain.
- Réduction des expositions professionnelles.

Dépistage: Mettre en place des programmes de dépistage:



Améliorer l'accès aux soins :

- Créer de nouveaux Centre Anti Cancer.
- Assurer la disponibilité du traitements.
- Créer des services de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur



• Développer l'éducation sanitaire

- l'éducation thérapeutique des malades et leur accompagnement psychologique.
- Informer le citoyen sur l'existence des facteurs de risques de cancer .
- Lancer des campagnes d'information sur les risques du cancer



Information sanitaire

Mettre en en place un réseau d'information sur les cancers: Base de données nationale sur les cancers

- Création de nouveaux registres (registre pour enfant..)
- Officialiser les registres du cancer existants
- Créer d'autres sources d'informations telles que les enquêtes périodiques

CONCLUSION:

- Le CBP est un véritable problème de santé publique son taux ne cesse d'augmenter dans divers pays avec un accroissement annuel d'environ 2%.
- Le CNPC représente 85% des cas.
- Dans la majorité des cas le diagnostic est fait à un stade avancé.
- Le traitement dépend essentiellement du type histologique, du stade et de l'état général.

- 
- Malgré le progrès dans les modalités thérapeutiques, le CBP demeure une affection de pronostic réservé.
 - En l'absence de traitement réellement efficace, la meilleure stratégie actuelle reste la prévention par le renforcement des programmes de lutte anti-tabac et d'aide au sevrage tabagique.