



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Prognosis of bronchopulmonary cancer at the time of diagnosis in the Pneumo-Phtisiology Department of the Ignace Deen CHU National Hospital in Conakry

Pronostic du cancer broncho-pulmonaire au moment du diagnostic au Service de Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry

TH. Diallo^{1,2}, D. Touré^{1,2}, M. Tall², A. Camara^{1,2}, AO. Kante², AO. Barry^{1,2}, AB. Diallo², LM. Camara^{1,2}

¹: Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Faculté des Sciences et Techniques de la Santé

²: Hôpital National Ignace Deen, Service de Pneumologie

ABSTRACT

Introduction. Lung cancer is a major public health problem and the leading cause of cancer mortality in men. The aim of this study was to provide information on the prognosis of this pathology at the time of diagnosis in the pneumo-phthisiology department of the Ignace Deen CHU national hospital in Conakry.

Method. This was a dynamic study lasting 6 months, from 1 December 2016 to 31 May 2017, on 52 cases of lung cancer in the pneumo-phthisiology department of the Ignace Deen CHU national hospital in Conakry, without distinction of sex or TNM clinical stages.

Results. The mean age of our patients was 55.802, with extremes of 21 and 85 years, and a male predominance of 71.11% (sex ratio: 2.46). 58% of our patients were smokers, and half of them smoked between 20 and 30 cigarettes. The physical examination of our patients revealed a predominance of pleurisy (10, 25.64%), suprasclavicular adenopathy (5, 12.82%) and thoracic venous circulation (5, 12.82%). The time to consultation ranged from 4 to 24 weeks, and the performance status of our patients was PS3 (44.23%), PS2 (42.31) and PS4 (13.46). The cancer was primary in 39 (75%) and secondary in 13 (25%). In our study, the diagnosis of bronchopulmonary cancer was made late, and patients were consulted at an advanced stage of the disease (IV and IIB). Treatment was palliative and the outcome of the disease was marked by the death of the majority of our patients.

Conclusion. The majority of patients were diagnosed at an advanced stage of the disease, which explains their very poor prognosis; all benefited from palliative treatment.

KEYWORDS: Prognosis; Bronchopulmonary cancer; Diagnosis; Pneumo-Phthisiology Conakry.

RÉSUMÉ

Introduction. Le cancer du poumon est l'un des problèmes majeurs de santé publique, première cause de mortalité par cancer chez l'homme. L'objectif de ce travail était de fournir des informations sur le pronostic de cette pathologie au moment du diagnostic au service de pneumo-phthisiologie de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry.

Méthodologie. Il s'agit d'une étude dynamique d'une durée de 6 mois, allant du 1^{er} Décembre 2016 au 31 Mai 2017 portant sur 52 cas de cancers du poumon au service de pneumo-phthisiologie de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry sans distinction de sexe, des stades cliniques TNM.

Résultats. L'âge moyen de nos patients est de 55,802 avec des extrêmes de 21 et 85 ans, on note une prédominance masculine de 71,11% (Sex-ratio :2,46). 58% de nos patients étaient tabagique et la moitié d'entre eux consomme près de 20 à 30 PA de cigarette. L'examen physique de nos patients révèle une prédominance de la pleurésie 10 (25,64%), des adénopathies sus claviculaire 5(12,82) et une circulation veineuse thoracique 5(12,82). Le délai de consultation allait de 4 et 24 semaines, le performance statuts de nos patients était de PS3 (44,23%), PS2(42,31), PS4(13,46). Le cancer était primitif dans 39 (75%) et secondaire dans13 (25%). Dans notre étude, le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire est tardif, les patients consultaient à un stade avancé de la maladie (IV et IIB). Le traitement a été palliatif et l'issu de la maladie est marqué par le décès de la majorité de nos patients.

Conclusion. La majorité des patients était dépistés à un stade avancé de la maladie ce qui explique leurs pronostics très sombres tous ont bénéfices un traitement palliatif.

MOTS CLÉS: Pronostic; Cancer broncho-pulmonaire; Diagnostic; Pneumo-Phtisiologie Conakry.

Corresponding author: Demba TOURÉ. Hôpital National Ignace Deen. E-mail: touredemba11@gmail.com

INTRODUCTION

Le cancer du poumon est le deuxième cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la principale cause de décès liés au cancer dans le monde, représentant le plus grand fardeau économique et de santé publique de tous les cancers [1,2,19]. Le tabagisme est son facteur de risque principal, par ailleurs, des facteurs génétiques, hormonaux mais aussi environnementaux semblent jouer un rôle prépondérant [3]. La majorité (85 %) des cancers du poumon sont classés comme cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC), les 15 % restants correspondant au cancer du poumon à petites cellules (CPPC), dont le pronostic est nettement plus sombre que ce dernier. La survie globale à 5 ans des patients atteints d'un cancer du poumon est de 20 %, mais lorsqu'il est détecté à un stade précoce, la survie s'améliore à 60 % [4]. Les symptômes n'apparaissent le plus souvent qu'à un stade avancé de la maladie, et le cancer du poumon est régulièrement diagnostiqué à un stade métastatique, non curable chez la moitié des patients [5].

Le cancer du poumon est globalement un cancer de mauvais pronostic, avec cependant des différences selon les pays, au niveau mondial [6,18]. En 2020, on estime que 801 392 nouveaux cancers ont été diagnostiqués et qu'un demi-million de décès par cancer ont été enregistrés en Afrique subsaharienne. Bien que ce chiffre corresponde à moins de cas de cancer incidents en Afrique subsaharienne que dans d'autres régions, des résultats de survie moins bons ont été systématiquement signalés. Cela est en grande partie lié au manque de programmes de détection précoce et au manque d'accès à des soins de qualité [7].

La prévalence du cancer du poumon au Moyen-Orient et en Afrique a augmenté régulièrement ces dernières années, le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) constituant environ 85 % de tous les cas détectés ; l'adénocarcinome est le sous-type le plus souvent diagnostiqué. Une forte proportion de cas de cancer du poumon sont détectés à un stade avancé dans la région Moyen-Orient et en Afrique, ce qui entraîne un mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans inférieur à 10 % et des options de traitement limitées [1].

Malgré l'innovation de la chirurgie, de la chimiothérapie et des thérapies ciblées qui apportent des progrès thérapeutiques inspirants aux patients atteints de cancer du poumon, le pronostic clinique reste encore loin de nos attentes et varie considérablement entre les différents patients atteints du cancer du poumon [8].

L'objectif de cette étude était de fournir des informations sur le pronostic de cette pathologie au moment du diagnostic au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry.

METHODES

Le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry a servi de cadre pour la réalisation de cette étude il est composé d'une unité d'exploration fonctionnelle, d'une unité d'endoscopie bronchique. Il s'agit d'une étude dynamique d'une durée de 6 mois, allant du 1^{er} Décembre 2016 au 31 Mai 2017 portant sur 52 cas de cancers du poumon au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry sans distinction de sexe, des stades cliniques TNM. Le recueil et l'analyse des données se sont faits de façon identique chez tous les patients. Nous avons relevé les signes cliniques, diagnostic, traitement et évolution. La présentation clinique initiale était : âge, sexe, tabagisme, état général apprécié par le Performance Status (PS). Les modalités d'obtention du diagnostic anatomopathologique étaient la fibroscopie bronchique plus la biopsie la cytologie du liquide pleural et la biopsie des adénopathies métastatique. La nature du bilan d'extension (scanner cérébral, TDM abdominal ou échographie abdominale) et le stade TNM étaient précisés. Les données étaient recueillies manuellement sur des fiches d'enquête préétablies et analysées à l'aide du logiciel Epi infoTM7.2. Les moyennes et les extrêmes étaient déterminés pour les variables quantitatives. Les proportions étaient calculées pour les variables qualitatives.

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients est de 55,80 avec des extrêmes de 21 et 85 ans, on note une prédominance masculine de 71,11% (Sex-ratio :2,46). 58% de nos patients étaient tabagique et la moitié d'entre eux consomme près de 20 à 30 PA de cigarette. Les circonstances de découverte étaient dominées par les symptômes de la maladie soit 94, 23% et les référés 3 soit 5,8%. Nos patients ont consulté essentiellement devant les signes cliniques traduisant une pathologie avancée dont la toux 43 (30,71%), la dyspnée 41 (29,29%), la douleur thoracique 38 (27,14%) et l'hémoptysie 12(8,57) (*Tableau 1*).

TABLEAU 1 Répartition des patients selon les motifs de consultation		
Signes	Effectif	Pourcentage
Toux	43	30,71
Dyspnée	41	29,29
Douleur thoracique	38	27,14
Hémoptysie	12	8,57
Trouble de la voix	1	0,71
Autres	5	3,57

Ces signes sont accompagnés par les signes généraux suivants : l’amaigrissement 33 (29,20%), l’asthénie physique 38(33,63%), l’anorexie 34(30,09%) et la fièvre 8(7,08). L’examen physique de ces patients a révélé une prédominance de la pleurésie 10 (25,64%), des adénopathies sus claviculaire 5(12,82) et une circulation veineuse thoracique 5(12,82). Le délai de consultation allait de 4 et 24 semaines (Figure 1), le performance statuts de nos patients allait de PS3 (44,23%), PS2(42,31), PS4(13,46) (Tableau 2).

TABLEAU 2		Répartition des patients en fonction de la performance statuts OMS	
Statuts	Effectif	Pourcentage	
2	22	42,31	
3	23	44,23	
4	7	13,46	
Total	52	100,00	

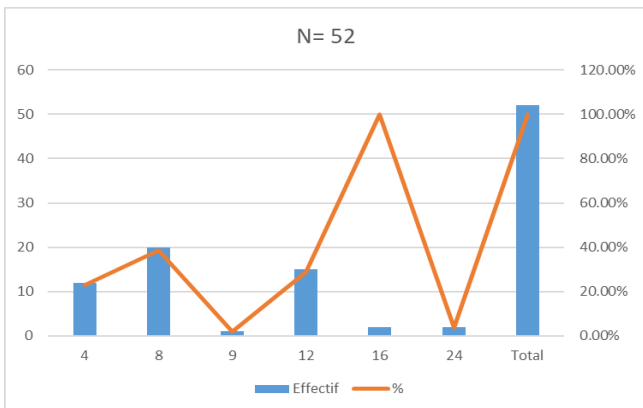


FIGURE 1. Répartition des patients en fonction du délai de consultation en semaine.

Les examens complémentaires étaient la radiographie pulmonaire de face dans 52 (100%), le TDM Thoracique 16(30,7%) échographie abdomino-pelvienne 6(11,5%). La fibroscopie bronchique plus biopsie dans 31(59,6), la cytologie de liquide pleural 10(25,64%). Les principaux types anatomopathologiques rencontrés étaient les adénocarcinomes (58,6 %), les carcinomes épidermoïdes (20 %), carcinome à grande cellules (1,4 %) et cancers à petites cellules (11,4%). Le cancer était primitif dans 39 (75%) et secondaire dans 13 (25%) le secondaire étaient notamment digestifs dans 6 cas gynécologique dans 5 cas et autre dans 2 cas traduisant par les lâcher de ballon. Dans notre étude, le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire est tardif, les patients consultaient à un stade avancé de la maladie (IV et IIB). Le traitement a été palliatif (antalgique, corticothérapie, antibiothérapie) chez tous nos patients. L’issu de la maladie est

marqué par le décès de la majorité des patients à des délais différents.

DISCUSSION

Dans notre travail, le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire est tardif. Les patients consultaient à un stade avancé de la maladie (IV et IIB) posant ainsi un véritable problème de prise en charge thérapeutique. La prédominance de ces stades est aussi rapportée par d’autres auteurs comme Zegmout A et coll [9] qui rapportent dans leur étude que les stades III et IV représentaient 91,56 % des cas. Les principaux types anatomopathologiques rencontrés étaient les adénocarcinomes (58,6 %), les carcinomes épidermoïdes (20 %), carcinome à grande cellules (1,4 %) et cancers à petites cellules (11,4%) Colonna M [6] indique dans son étude que les adénocarcinomes représentent actuellement le type histologique le plus fréquent. Aussi dans l’étude de Zegmout A et coll [9], les principaux types anatomopathologiques rencontrés étaient les adénocarcinomes (58,6 %), les carcinomes épidermoïdes (20 %), carcinome à grande cellules (1,4 %) et cancers à petites cellules (11,4%).

L’évolution sournoise des cancers du poumon n’est pas l’apanage des pays sous-développés. Ce qui pourrait expliquer le pronostic très sombre de nos patients. Le traitement a été palliatif (antalgique, corticothérapie, antibiothérapie) chez tous nos patients. L’issu de la maladie est marqué par le décès de la majorité des patients à des délais différents Au Mali selon Diallo S [10], le traitement était palliatif chez 93,4% des patients et ce traitement palliatif comportait selon les cas un traitement antalgique, un rééquilibrage nutritionnel, une psychothérapie et un talcage pleural. Ce qui expliquerait la mortalité élevée par cancer du poumon qui est une pathologie grave dont la prise en charge est difficile dans nos conditions du fait du sous équipement dans notre service, du cout élevé du traitement qui n’est toujours pas à la portée des patients et une collaboration interdisciplinaire indispensable pour une prise en charge adéquate de cette affection.

L’âge moyen des sujets est de 55,80 ans avec un écart type de 11,3 et des extrêmes de 51 à 60 ans. Ces données très variables dans la littérature et comparables à celles retrouvées par Riquet M et coll. [11] qui a constaté que l’âge moyen des patients est de 60,2 ± 10,3 ans ; Nech MA et coll [12] en 2011 à Nouakchott en Mauritanie indique un âge moyen de 65 ans, Ben Jemia E et coll [13] en 2016 en Tunisie rapportent un âge moyen de 61 ans avec des extrêmes de 30 et 92 ans. Ces résultats tous au-delà de la cinquantaine s’expliqueraient par la chronicité de la maladie cancéreuse du poumon dont la découverte est toujours tardive surtout dans les pays en développement

dont l'espérance de vie est faible en Afrique où il y a rarement des assurances médicales et des examens systématiques et l'absence de prise en charge adéquate (diagnostic précoce et traitement approprié). La majorité des patients de notre étude était de sexe masculin 71,11% (Sex-ratio :2,46) Ce résultat est confirmé par les données de la littérature. En France, le cancer du poumon constitue le second cancer en termes de fréquence chez les hommes et le 3e chez les femmes. Il représente la première cause de décès par cancer chez les hommes et la seconde chez les femmes [6]. Ce résultat pourrait être liée par le fait que la consommation du tabac est d'usage chez les hommes que les femmes. 58% de nos patients étaient tabagique et la moitié d'entre eux consomme près de 20 à 30 paquets/année de cigarette Diallo S et coll [10], dans une étude réalisée au mali en 2016 ; 64,4 % de leurs patients étaient tabagiques, avec une consommation moyenne était de 20,9 paquets/année. Selon la littérature, le tabagisme est le facteur de risque majeur de cancer pulmonaire ; une relation dose-réponse existe entre le nombre de cigarettes fumées et le risque de cancer du poumon [14].

Les circonstances de découverte étaient dominées par les symptômes de la maladie soit 94, 23% et les référés 3 soit 5,8%. Nos données sont confirmées par celles de Socinski MA [14], qui décrit que les symptômes thoraciques les plus courants du cancer du poumon sont la toux, la dyspnée, une douleur thoracique et une hémoptysie. Ces signes sont accompagnés par les signes généraux suivants: l'amaigrissement 33 (29,20%), l'asthénie physique 38 (33,63%), l'anorexie 34 (30,09%) et la fièvre 8 (7,08). L'examen physique de ces patients a révélé une prédominance de la pleurésie 10 (25,64%),

des adénopathies sus claviculaire 5 (12,82) et une circulation veineuse thoracique 5 (12,82), Antunes G et coll [15], rapportent que les pleurésies sont très fréquemment retrouvées dans les cas de cancer du poumon. Les malades consultent en général tardivement, Le délai de consultation allait de 4 et 24 semaines, souvent ils ont été traités dans différents centres de soins comme tuberculeux ou pneumopathies banales, mais sans succès bien sûr. La performance statuts de nos patients allait de PS3 (44,23%), PS2 (42,31%), PS4 (13,46%) Kadour S et coll [16], en Algérie en 2016 rapporte des statuts de performance respectifs de PS1 (54%); PS (40%); PS3 (4%) et PS4 (2%). La consultation tardive pourrait expliquer cette performance statuts de nos patients. Les examens complémentaires étaient la radiographie pulmonaire de face dans 52 (100%), le TDM Thoracique 16 (30,7%) échographie abdomino-pelvienne 6 (11,5%). Selon l'étude d'Argo DL et coll [17], dans le diagnostic du cancer du poumon, la radiographie thoracique standard est l'un des bilans systématiques. La fibroscopie bronchique plus biopsie dans 31 (59,6), la cytologie de liquide pleural 10 (25,64%).

CONCLUSION

Le cancer broncho-pulmonaire demeure un problème majeur de sante publique en guinée touchant majoritairement le patient de sexe masculin gros fumeur souvent dépistés à un stade avancé inéligible à une chimiothérapie ce qui explique le pronostic très sombre de nos patients tous ont bénéficiés un traitement palliatif. Il est indispensable donc de renforcer la prévention primaire en luttant contre le tabac pour une prise en charge efficace cancer broncho-pulmonaire.

CONFLIT D'INTERETS: *Aucun.*

REFERENCES

- Allehebi A, Al-Omar A, Mahboub B, Koegelenberg CF, Mokhtar M, Madkour AM, et al. Recommended approaches for screening and early detection of lung cancer in the Middle East and Africa (MEA) region: a consensus statement. *J Thorac Dis.* 29 mars 2024;16(3):2142-58.
- Barbosa Jr EJM. Lung cancer screening overdiagnosis: reports of overdiagnosis in screening for lung cancer are grossly exaggerated. *Academic radiology.* 2015;22(8):976-82.
- Filaire E, Dupuis C, Galvaing G, Aubreton S, Laurent H, Richard R, et al. Lung cancer: what are the links with oxidative stress, physical activity and nutrition. *Lung cancer.* 2013;82(3):383-9.
- Dantas E, Murthy A, Ahmed T, Ahmed M, Ramsamooj S, Hurd MA, et al. TIMP1 is an early biomarker for detection and prognosis of lung cancer. *Clinical and Translational Medicine [Internet].* oct 2023 [cité 28 juill 2024];13(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10533479/>
- Nackaerts K. Dépistage du cancer bronchique. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités.* 2014;6(4):335-40.
- Colonna M. Epidémiologie du cancer du poumon en France: incidence, mortalité et survie (tendance et situation actuelle). *Revue des Maladies Respiratoires Actualités.* 2016;8(5):308-18.
- Joko-Fru WY, Bardot A, Bukirwa P, Amidou S, N'da G, Woldetsadik E, et al. Cancer survival in sub-Saharan Africa (SURVCAN-3): a population-based study. *Lancet Glob Health.* 16 mai 2024;12(6):e947-59.
- Cui Y, Li Y, Long S, Xu Y, Liu X, Sun Z, et al. Comprehensive analysis of the immunogenic cell death-related signature for predicting prognosis and immunotherapy efficiency in patients with lung adenocarcinoma. *BMC Med Genomics.* 8 août 2023;16:184.
- Zegmout A, Boucaid A, Souhi H, El Ouazzani H, Rhorfi A, Abid A. Retard diagnostique des cancers broncho-pulmonaires. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2017;34:A79.

10. Diallo S, Gomez P, Kaptue Y, M'baye O, Sissoko F. Problematique du cancer bronchique dans le service de pneumologie du Point G; Bamako; Mali. *Mali medical*. 2006;4-7.
11. Riquet M, Pricopi C, Rivera C, Badia A, Arame A, Dujon A, et al. Cancers du poumon de 1 à 10 millimètres: des cancers miniatures à opérer. *Revue de Pneumologie Clinique*. 2016;72(3):171-8.
12. Nech MA, Sejad MOA, Dahdi SA. Le cancer du poumon à Nouakchott. Expérience du service de pneumologie. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2012;29:A145.
13. Jemia EB, Kamoun H, Louhaichi S, Smadhi H, Greb D, Akrouf I, et al. Variation du profil histologique du cancer du poumon durant les 25 dernières années dans un service de pneumologie à Tunis. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2017;34:A79.
14. Socinski MA. Cancer du poumon. In: *Médecine interne de Netter*. Elsevier; 2011. p. 609-16.
15. Antunes G, Neville E, Duffy J, Ali N. BTS guidelines for the management of malignant pleural effusions. *Thorax*. 2003;58(Suppl 2):ii29.
16. Kadour S, Bennani MA, Drissi FZ, Hadjoudj M, Boukhari S, Kebbaty S. Épidémiologie et délais de prise en charge de 50 patients atteints de cancer bronchique primitif. *Rev Maladies Respiratoires*. 2017;34:A84.
17. Argo DL, Giraud P. Cancer bronchique non à petites cellules. *Cancer/Radiothérapie*. 2010;14:S61-73.
18. C. Clément-Duchêne, Y. Martinet
19. H.El Ouazzani, A. Jnien, S. Hammi, L. Achachi, M.El Ftouh, M.T.El Fassy Fihry Cancer bronchique découvert en post partum: à propos de deux observation. *J Func Vent Pulm* 2011;02(04):79.