

Duration Of Lung Cancer Management

SafaeElidrissi, Salma Aitbatahar, Lamyae Amro

Résumé

La limite de la prise en charge du cancer bronchique est le retard de chirurgie qui est un facteur déterminant dans la prise en charge de cette maladie. Méthodes : étude rétrospective incluant les patients suivis pour un cancer bronchique primitif colligés au service de pneumologie du CHU Mohammed VI de Marrakech entre Janvier 2011 et Août 2015. Le but du travail est d'évaluer le délai de prise en charge du cancer bronchique. Résultats : 146 dossiers ont été étudiés. Le délai moyen entre les premiers symptômes et la première imagerie thoracique était de 72 jours, le délai moyen entre la première imagerie thoracique anormale et la preuve anatomopathologique était de 41 jours, le délai moyen entre la preuve anatomopathologique et le traitement était de 38 jours. Le délai moyen entre la première imagerie anormale et le traitement était de 79 jours. Conclusion : Les délais entre les premiers symptômes et la preuve histologique restent très allongés, grevant considérablement le pronostic.

Mots clés : cancer – pulmonaire- diagnostic

Date of Submission: 25-09-2023

Date of acceptance: 05-10-2023

I. Introduction

Le cancer bronchique constitue un véritable problème de santé publique [1]. Sa prise en charge est un processus complexe et le temps écoulé entre les premiers symptômes, l'évocation du diagnostic, le diagnostic lui-même, la réalisation du bilan d'extension et le début du traitement est une séquence impliquant de nombreux professionnels de spécialités différentes.

La British Thoracic Society (BTS) a publié des recommandations sur les délais de prise en charge des patients atteints de cancer pulmonaire [2].

Les analyses des délais de prise en charge des cancers pulmonaires sont peu nombreuses. L'objectif de cette étude était d'évaluer différents délais de prise en charge des patients porteurs d'un cancer bronchique quelle que soit sa prise en charge thérapeutique (médicale ou chirurgicale).

II. Méthodes

Etude rétrospective incluant les patients suivis pour un cancer bronchique primitif colligés au service de pneumologie du CHU Mohamed VI de Marrakech entre Janvier 2011 et Août 2015. L'étude relève la date d'apparition des symptômes, la date de la première imagerie thoracique anormal, de l'étude anatomopathologique, jusqu'à la date du traitement du patient. Les données épidémiologiques ont été recueillies à partir d'une fiche exhaustive incluant les renseignements épidémiologiques, cliniques, radiologiques, et thérapeutiques.

III. Résultats

146 dossiers ont été étudiés, la moyenne d'âge était de 65 ans avec une prédominance masculine dans 89,7% des cas, et un sexe ratio à 8,7. Le tabagisme a été retrouvé dans 80,8% des cas. La moyenne de la consommation tabagique était de 39 paquets-année. 67% des cas étaient des tabagiques actifs, 13,8% des cas ont été sevrés, 11% des cas ont été exposés au tabagisme passif. Le cannabisme a été retrouvé dans 6,6% des cas. 12 patients (8,2%) ont été exposés à l'amiante. Il n'y a pas eu d'autres expositions mise en évidence. La douleur thoracique a été retrouvée dans 76 % des cas (111 cas), la toux dans 67% des cas (98 cas), et l'hémoptysie dans 41% des cas (61 cas). Le PerformansStatus (PS) était à 0 et / ou 1 dans 71% des cas (105 cas). La bronchoscopie a décelé les anomalies dans 72% des cas. Une sténose a été retrouvée dans 28% des cas (42 cas), un bourgeon dans 32,8% des cas (48 cas), et un éperon épaissi dans 10,2% des cas (15 cas). La ponction sous scanner a permis de poser le diagnostic dans 19,8% des cas, la ponction sous échographie dans 2,7% des cas, l'écho endoscopie bronchique dans 1,3% des cas, la biopsie pleurale dans 2,7% des cas, et la biopsie chirurgicale d'une adénopathie dans 1,9% des cas. L'adénocarcinome était Le type histologique prédominant dans 68 cas (46,5%). Un bilan d'extension a été fait pour tous les malades (échographie abdominale, TDM cérébral, scintigraphie osseuse selon le signe d'appel). Le cancer bronchique a été classé stade II dans 5,4% des cas (8cas), stade III dans 21,4% des cas, et stade IV dans 73.2% des cas (107 cas). La chirurgie a été proposée dans

6,1% des cas. La chimiothérapie et / ou radiothérapie a été indiquée dans 93,9% des cas. Le délai moyen entre les premiers symptômes et la première imagerie thoracique anormale était de 72 jours (6- 388j), le délai moyen entre La première imagerie anormale et la preuve anatomopathologique était de 41 jours (11- 158j), le délai moyen entre la preuve anatomopathologique et le traitement était de 38 jours (5-147j). Le délai moyen entre la première imagerie anormale et le traitement était de 79 jours (23-204j).

IV. Discussion

Les cancers broncho-pulmonaires représentent une des plus fréquentes pathologies tumorales et restent malgré de nombreuses avancées thérapeutiques la première cause de mortalité par cancer chez l'homme [3]. Son diagnostic est le plus souvent tardif, alors que le délai entre le début des symptômes et la prise en charge est considéré comme un facteur déterminant dans l'approche diagnostique et thérapeutique.

Les données de la littérature ont montré des délais de prise en charge retardés, limitant les traitements curatifs. Dans l'étude de Pujol et al, une étude analytique des délais est proposée en 3 temps : le délai entre les symptômes et la détection d'une anomalie suspecte, le délai entre la détection de l'anomalie et le diagnostic, le délai entre le diagnostic et le traitement [4]. Ce sont généralement ces délais qui sont retrouvés dans les différentes études.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les délais de prise en charge des patients présentant un cancer pulmonaire. Nous avons déterminé les différents délais à partir des données recueillies.

La majorité des patients de l'étude sont des hommes (89,7%), les patients ont une moyenne d'âge de 65 ans. Il s'agit pour la majorité de patients tabagiques (80,8%). Ces données sont en concordance avec les données de la littérature. La découverte du cancer pulmonaire se fait majoritairement chez des patients symptomatiques (dans notre étude la douleur thoracique était le maître symptôme (76% des cas). La majorité des patients de notre étude ont un PS à 0-1 (71%), L'étude de Giroux Leprieur [5] a retrouvé un PS à 0-1 chez 78% des patients. Dans notre étude le type histologique prédominant était l'adénocarcinome (46,5%), ce résultat correspond aux résultats épidémiologiques qui constatent une hausse de l'incidence des adénocarcinomes[6]. Le diagnostic du carcinome bronchique est le plus souvent tardif. Dans notre étude le stade IV était majoritaire (73,2%).

Le critère principal d'évaluation est le délai entre la détection de l'anomalie et la mise en place du premier traitement (Tableau 1) [7,8,9].

Le délai médian entre la détection de l'anomalie et le diagnostic était de 41 jours dans notre étude. L'étude de l'INCa a retrouvé un délai médian de 16 jours [10]. Gonzalez- Bacala et al rapportent un délai médian de 18 jours et Yorio et al un délai médian de 16 jours [11,12].

Le délai médian entre le diagnostic et le traitement est de 38 jours dans notre étude. Ce délai est comparable à l'étude française de Leveque et al qui rapporte un délai médian de 35 jours [13]. Deux études rapportent des délais médians de 21 jours et de 22 jours [14,15].

Concernant le délai entre les premiers symptômes et la détection de l'anomalie, notre étude rapporte un délai médian de 72 jours. Ellis et al dans leur étude prospective canadienne de 2007 rapportent un délai médian de 22 jours [16]. Sulu et al rapporte un délai de 69 jours.

V. Conclusion

Les délais entre les premiers symptômes et la preuve histologique restent très allongés, grevant considérablement le pronostic. Le dépistage, le diagnostic précoce l'amélioration du plateau technique aideront à une prise en charge rapide et plus efficace et permettront d'améliorer le pronostic.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Qu'est ce qui est connu sur ce sujet

Le cancer broncho-pulmonaire représente la première cause de mortalité par cancer chez l'homme.

Le diagnostic est le plus souvent tardif, lié essentiellement aux délais très allongés entre les premiers symptômes et la preuve histologique.

Un diagnostic précoce aide à une prise en charge rapide et permet d'améliorer le pronostic.

Qu'est-ce que cette étude apporte de nouveau

L'importance de cette étude réside dans le fait qu'il n'existe pas de données récentes sur les délais de prise en charge de ces cancers dans notre pays. D'où l'intérêt de cette étude que nous avons menée au prisme de 146 cas, afin de mettre le point sur cette pathologie. Nous insistons à travers cette étude que les délais entre les premiers symptômes et la preuve histologique restent très allongés, grevant considérablement le pronostic. Le

dépistage, le diagnostic précoce aideront à une prise en charge rapide et plus efficace et permettront d'améliorer le pronostic.

Contributions des auteurs

Les auteurs ont participé à la prise en charge des patients et à la rédaction du manuscrit. La version finale a été revue et approuvée par tous les auteurs.

Tableaux et figures

Tableau 1 : Délai entre la détection de l'anomalie et le premier traitement

Références

- [1]. Valdés S, Garcia E, Pérez H, Hernández M. Length Of Diagnostic Delay In Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer. MEDICC Review. 2010; 12:29-32.
- [2]. British Thoracic Society. BTS Recommendations To Respiratory Physicians For Organizing The Care Of Patients With Lung Cancer. The Lung Cancer Working Party Of The British Thoracic Society Standards Of Care Committee. Thorax. 1998; 53:1-8.
- [3]. Mathers CD, Loncar D. Projections Of Global Mortality And Burden Of Disease From 2002 To 2030. PLOS Med. 2006;3:442.
- [4]. Pujol JL, Quantin X, Chakra M, Fayolle V. Délais Entre La Suspicion Et Le Traitement Du Cancer Du Poumon : Facteurs Techniques Et Psychologiques Ralentissant Les Procédures. La Lettre Du Pneumologue. 2010;13:178-187.
- [5]. Giroux LE, Labrune S, Giraud V, Gendry T, Cobrazan D, Chinnet T. Delay Between The Initial Symptoms: The Diagnosis And The Onset Of Specific Treatment In Elderly Patients With Lung Cancer. Clin Lung Cancer. 2012;13: 363-8.
- [6]. Affset-Inserm. Cancer Et Environnement. Inserm2008. [Http://Www.Inserm.Fr](http://www.inserm.fr). Consulté Le 08 Septembre 2014.
- [7]. Inca. Cancer Du Poumon : Bilan Initial. Inca 2011. [Http://Www.E-Cancer.Fr](http://www.e-cancer.fr). Consulté Le 16 Avril 2014.
- [8]. Powell AA, Schultz EM, Ordin DL, Enderle MA, Graham BA, Partin MR, Et Al .Timeliness Across The Continuum Of Care In Veterans With Lung Cancer. J ThoracOncol. 2008;3:951-7.
- [9]. Salomaa ER, Sallinen S, Hiekkanen H, Liippo K. Delays In The Diagnosis And Treatment Of Lung Cancer. CHEST J. 2005; 128:2282-8.
- [10]. Inca. Etude Sur Les Délais De Prise En Charge Des Cancers Du Sein Et Du Poumon Dans Plusieurs Régions De France. Inca 2012. [Http://Www.E-Cancer.Fr](http://www.e-cancer.fr). Consulté Le 15 Juillet 2012.
- [11]. Yorio JT, Xie Y, Yan J, Gerber DE. Lung Cancer DignosticAnd Treatment Intervals In The United States: A Health Care Disparity. J ThoracOncolOffPublIntAssoc Study Lung Cancer. 2009;4:1322-30.
- [12]. Gonzalez-Barcala FJ, FalaganJa, Garcia-Prim JM, Valdes L, Carreira JM, Puga A, Et Al. Timeliness Of Care And Prognosis In Patients With Lung Cancer .Ir J Med Sci. 2014;183: 383-90.
- [13]. Leveque N, Brouchet L, Lepage B, Hermant C, Bigay-Game L, Plat G, Et Al. Analyse De Délais De Prise En Charge Des Cancers Thoraciques : Etude Prospective. Rev Mal Respir. 2014 ;31:208-13.
- [14]. Sulu E, Tasolar O, BerkTakir H, YagciTuncer L, KarakutZ,Yilmaz A. Delays In The Diagnosis And Treatment Of Non-Small-Cell Lung Cancer. Tumori. 2011;97:693-7. (14)
- [15]. Gould MK. Timeliness Of Care In Veterans With Non-Small Cell Lung Cancer. CHEST J. 2008;133:1167-73.
- [16]. Ellis PM, Vandermeer R. Delays In The Diagnosis Of Lung Cancer. J Thorac Dis. 2011;3: 183-8.

Tableau 1 : Délai entre la détection de l'anomalie et le premier traitement :

Étude /Année	Délai entre la détection del'anomalie et le traitement
Notre étude (2015)	79 jours
INCa [7] (2011)	45 jours
Leveque [13] (2014)	67 jours
Powel et al [8] (2008)	71 jours
Saalom et al [9] (2005)	73 jours