

**QUELLES EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU THORAX POUR LES
CANCERS BRONCHOPULMONAIRES PRIMITIFS DANS UN SERVICE
D'ONCOLOGIE MALGACHE ?**

**WHAT KIND OF PARACLINICAL EXPLORATION OF THE CHEST FOR
PRIMARY LUNG CANCER IN A MALAGASY ONCOLOGY DEPARTMENT?**

RAMAHANDRISOA Andriatsihoarana Voahary Nasandrtriniavo ⁽¹⁾ & HASINIATSY Nomeharisoa Rodrigue Emile ⁽²⁾,
RAFARAMINO Florine ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Interne Qualifiant en Oncologie Médicale. Faculté de Médecine d'Antananarivo. Antananarivo -101-, MADAGASCAR.

⁽²⁾ Chef de Clinique en Oncologie Médicale. Faculté de Médecine d'Antananarivo. Antananarivo -101-, MADAGASCAR.

⁽³⁾ Professeur Titulaire en Oncologie Médicale et Radiothérapie. Faculté de Médecine d'Antananarivo. Antananarivo -101-,
MADAGASCAR.

Reçu le 02 Décembre 2015

Accepté le 20 Février 2016

Madame et Monsieur les Rédacteurs en chef,

Dans les cancers bronchopulmonaires, la pertinence des décisions thérapeutiques repose sur la qualité du bilan préthérapeutique (1). Le pronostic dépend largement de l'extension de la maladie (1). Dans la stadification et l'évaluation préthérapeutique, l'imagerie joue un rôle majeur. L'insuffisance de ces moyens d'exploration est habituelle dans les pays à faible ressources (2-4).

C'est ainsi que nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective sur 6 ans (01 Janvier 2008 – 31 Décembre 2013) dénombant les examens paracliniques explorant la région thoracique pour 101

cas de cancers bronchopulmonaires primitifs. Ces données ont été recueillies à partir de dossiers de patients suivis en oncologie à l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo.

L'âge moyen des patients était de 56,18 ± 12,49 ans. Notre série comportait 80 hommes et 21 femmes, soit un sex ratio de 3,81/1. Il y avait 87 cas de cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC), 10 cas de cancers bronchiques à petites cellules (CBPC) et quatre cas sans précision. Les examens paracliniques d'exploration du thorax réalisés par les patients sont représentés dans la **figure 1**. Le

[&]Auteur correspondant: voamasah@yahoo.fr

diagnostic a été obtenu à partir de prélèvement lors d'une fibroscopie bronchique pour 48 cas sur 101. Ce diagnostic a été obtenu à partir de pièce opératoire pour 17 cas, à partir d'une médiastinoscopie et d'une biopsie pleurale respectivement pour 16 cas, et sur examen cytologique des crachats pour quatre cas.

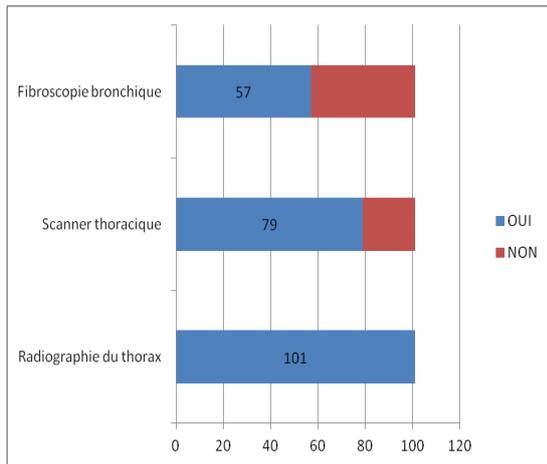


Figure 1: Distribution des patients selon les examens thoraciques réalisés au cours des cancers broncho-pulmonaires primitifs vus en Oncologie au CHUA/JRA

Dans les pays à faibles ressources comme Madagascar, la prise en charge des patients se heurte à des difficultés aussi bien au niveau diagnostique que thérapeutique (2-4). Nous illustrons ici l'insuffisance des moyens d'investigation malgaches pour les cancers bronchopulmonaires primitifs. Or, ce type de cancer nécessite une stadification précise pour déterminer la prise en charge thérapeutique adéquate.

La radiographie thoracique demeure l'examen le plus accessible à Madagascar car existe dans la plupart des centres de soins. Son coût semble accessible. Cet examen d'orientation rapide fait partie du bilan initial devant toute suspicion de cancer du

poumon (1). Toutes lésions suspectes qui y sont retrouvées devront être explorées par scanner (1). Une image de radiographie thoracique normale n'élimine toutefois pas le diagnostic.

Le scanner thoracique est disponible dans quelques grands centres de la capitale, et dans quelques chefs lieux de régions. Il reste dans notre série 20% des patients qui n'ont pas pu bénéficier de scanner thoracique. Or, en matière de cancers bronchopulmonaires primitifs, c'est un examen incontournable. Il permet d'évaluer l'extension locale et régionale de la tumeur, indispensable à la stadification (1,5). Il permet également de guider l'exploration diagnostique adéquate en précisant la topographie périphérique ou centrale de certaines lésions (1). En outre, le scanner thoracique est obligatoire pour apprécier le caractère résecable ou non des CBNPC. En matière de CBPC, il permet d'apprécier l'accessibilité à un traitement locorégional (1,5).

Même si l'analyse cytologique des crachats n'est pas indiquée (1), c'était le seul examen diagnostique disponible pour quatre patients. Cette technique peu sensible a encore sa place dans un pays à faibles ressources comme le nôtre. En effet, il est souvent difficile d'obtenir une confirmation histologique de ces tumeurs (2-4). Seulement 56 patients ont pu bénéficier de fibroscopie bronchique dans notre série. Parmi eux 48 cas ont eu un diagnostic à partir de la fibroscopie. La première explication est que la fibroscopie bronchique n'existe que dans 6 centres sur l'ensemble du territoire malgasy. A cela s'ajoute le problème péculaire des patients, commun

aux autres pays à faible ressources (2). Les raisons médicales expliquant la non réalisation de la fibroscopie bronchique seraient surtout d'ordre technique et pratique (absence de pince pour faire la biopsie, panne d'appareils,...). L'obtention du diagnostic par médiastinoscopie ou biopsie pleurale pour les 32 cas sous entend qu'il y aurait une atteinte pleurale ou un envahissement des structures médiastinales pour ces patients. Pour 17 patients, le diagnostic avait été obtenu directement sur pièce opératoire. En effet, l'absence de moyens moins invasifs comme la thoracoscopie, la biopsie scano-guidée contraint nos chirurgiens à faire une thoracotomie ou mini-thoracotomie exploratrice en cas de négativité de la fibroscopie bronchique (1,3). Cette technique peut être curatrice et pronostique si elle est associée à un examen histologique extemporané (1). A Madagascar, l'examen extemporané ne se pratique pas en routine, exposant les patients à une réintervention, avec le surcoût que cela engendrerait.

L'utilisation des examens diagnostiques devrait être optimisée. Seule la radiographie du thorax est accessible à l'ensemble des patients. Quid de la capacité de lecture des clichés par les praticiens ? Il faut poursuivre les efforts initiés pour permettre la généralisation de l'accès au scanner et à la fibroscopie bronchique dans les centres hospitaliers de références régionales.

REFERENCES

1. Institut National du cancer. Cancer du poumon, bilan initial. Collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, Juin 2011. Disponible à <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-poumon-Bilan-initial-recommandation-argumentees> (accès le 22 Septembre 2015)
2. Ouedraogo M, Zigani A, Ouedraogo SM, Zougba AZ, Birba E, Bambara M, et al. Apport de l'endoscopie bronchique dans un service de pneumologie d'un pays en développement. Rev Mal Respir. 2001;18 :297-300.
3. Razafimanjato NNM, Rohimpitiavana A, Maniry IJ, Rakototiana AF, Hunald FA, Rafaramino F et al. Maladie de Hodgkin de l'enfant révélée par une image en lâcher de ballons. J Fran Viet Pneu. 2014; 05(15): 1-45.
4. Diallo S, Kaptue Y, Sissoko F, M'baye O, Gomez P. Problématique du cancer bronchique dans le service de pneumologie du point G Bamako Mali. Mali Médical. 2006 ; 10 :4-7.
5. Institut National du cancer. Cancer bronchique non à petites cellules, référentiel national de RCP, INCa, mars 2015. Disponible à <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prise-en-charge-therapeutique-du-cancer-du-poumon-non-a-petites-cellules-synthese-des-recommandations> (accès le 22 Septembre 2015)