

---

# Les cancers bronchopulmonaires au Sénégal: difficultés de la prise en charge en milieu hospitalier africain

Abdourahmane Niang\*<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>

<sup>1</sup>Niang (A) – Service de Maladies infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

<sup>2</sup>Diédhiou (I.) – Service de Maladies Infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

<sup>3</sup>Ba (P.S) – Service Maladies infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

<sup>4</sup>Lawson (S.) – Service Maladies infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

<sup>5</sup>Mbengue (A.) – Service de Radiologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

<sup>6</sup>Ndiaye (A.R) – Service de Radiologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

<sup>7</sup>Diop (Y.) – Laboratoire Anatomie - Pathologie Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

<sup>8</sup>Ba Fall (K.) – Service Maladies infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal Dakar, Sénégal

<sup>9</sup>Mbaye (P.S.) – Service de Médecine Interne Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

## Résumé

### INTRODUCTION

Les cancers bronchopulmonaires primitifs (CBP), jadis considérés comme rare dans nos pays, sont devenus une pathologie émergente. Leur incidence, liée surtout au tabagisme, en nette progression, continuera à s'accroître les années à venir, selon toutes les prévisions. Le diagnostic souvent tardif ne permet qu'un traitement de palliatif. Les objectifs de notre travail étaient de décrire les difficultés de la prise en charge en rapportant les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des CBP admis dans notre structure.

### MALADES ET METHODES

Etude rétrospective réalisée entre janvier 2007 et décembre 2012, incluant tous les patients hospitalisés à l'Hôpital Principal de Dakar, avec un diagnostic de CBP confirmé histologiquement.

### RESULTATS

Soixante-quatre patients (55 hommes et 9 femmes) étaient inclus. L'âge moyen était de 57,3 ans [35 – 73]. Un tabagisme actif, était retrouvé chez 50 patients (78,1%) avec une moyenne de 26,4 PA. Une comorbidité était présente chez 17 patients. Les principaux signes cliniques révélateurs étaient : douleurs thoraciques, toux chronique, hémoptysie et/ou amaigrissement toujours associés à des anomalies radiologiques. L'histologique était obtenue grâce à l'endoscopie bronchique (34 patients); la ponction transpariétale scannoguidée (25cas); la biopsie d'un site métastatique (5cas). Le performance status (PS) selon OMS était PS 1 (12 cas) ; PS 2 (27 cas) et PS 3 ou PS 4 (25 cas). Les types histologiques étaient 31

---

\*Intervenant

adénocarcinomes, 17 carcinomes épidermoïdes, 10 carcinomes indifférenciés et 6 cancers à petites cellules. Les patients étaient classés stade IIA (4cas) ; stade IIIB (18cas) et stade IV (42 cas). En raison d'un stade tardif et /ou du coût élevé des thérapeutiques seuls 37 patients avaient reçu une chimiothérapie; associée à une radiothérapie (4 cas). et une 2e ligne (1cas). Un patient a été opéré. Un traitement symptomatique et des soins de support étaient proposés à tous nos patients. La survie de nos patients variait de 1 à 28 mois.

#### CONCLUSION

En Afrique noire peu de données sur les CBP sont disponibles. Notre série malgré le nombre limité des cas confirme la prédominance masculine, le rôle du tabac et le diagnostic souvent tardif au stade métastatique, également retrouvés dans les autres séries noires africaines. La prise en charge est problématique du fait d'un coût élevé de la chimiothérapie, d'une radiothérapie presque inexistante. L'amélioration de la prise en charge passe par un diagnostic précoce et la mise en place de standards thérapeutiques adaptés au contexte socio-économique africain. Mais le véritable traitement est préventif et repose sur la lutte anti-tabac.

**Mots-Clés:** cancer bronchique, tabac, chimiothérapie, Dakar