



Revue de Pneumologie Tropicale

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Aka-Danguy Elisabeth (Côte d'Ivoire)

COMITE DE REDACTION

Rédacteur en chef :

Koffi N'goran Bernard (Côte d'Ivoire)

Rédacteurs adjoints :

Ouédraogo Martial (Burkina-Faso)

Sokpo Homéfa (Togo)

Kuaban Christopher (Cameroun)

N'gom Abdou Karim Sévérin (Côte d'Ivoire)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Gninanfou Martin (Bénin)

Tidjani Osséni (Togo)

Hane A. Almamy (Sénégal)

Sow Oumou (Guinée)

Domoua Kouao (Côte d'Ivoire)

Coulibaly Gahoussou (Côte d'Ivoire)

Ba Mamadou (Sénégal)

Sanogo-N'dhatz Méliane (Côte d'Ivoire)

Achi Vincent (Côte d'Ivoire)

Kéita Ba (Mali)

Daix Thomas (Côte d'Ivoire)

Mboussa Joseph (Congo)

Yapi Achi (Côte d'Ivoire)

Boguikouma Jean Bruno (Gabon)

Tanauh Yves Raymond (Côte d'Ivoire)

N'diaye Mamadou (Sénégal)

Napo-Koura (Togo)

Anagonou Séraphin (Bénin)

Kane El Hadj Malick (Mauritanie)

Dah Cyrille (Côte d'Ivoire)

Kéita Kader (Côte d'Ivoire)

Kouassi Boko (Côte d'Ivoire)

MEMBRES HONORAIRES

Coulibaly N. (Côte d'Ivoire) †

Sangaré S. (Mali)

Kane A. (Sénégal)

Amédomé A. (Togo)

Fadiga D. (Côte d'Ivoire) †

Tiendrébéogo H. (Burkina Faso) †

Bureau SAPLF

Président :

E. AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)

Vice-Président :

A.A. HANE (Sénégal)

Secrétaire Général :

B.N. KOFFI (Côte d'Ivoire)

Secrétaire Général Adjoint :

A.B. KOUASSI (Côte d'Ivoire)

Trésorier :

S.A. N'GOM (Côte d'Ivoire)

Trésorier Adjoint :

C.A. AKE (Côte d'Ivoire)

Membres d'honneur :

O. TIDJANI (Togo)

M. GNINANFON (Bénin)

O. SOW (Guinée)

SOMMAIRE

Amibiase Pleurale isolée : à propos d'un cas.

Sow D, Cissé MF, Touré NO, Diatta A, Dia Kane Y, Dieng Y, Hane AA 9

Syndrome d'apnée du sommeil en milieu tropical : à propos d'un cas.

Agodokpessi G, Adé G, Adé S, Wachinou AP, Gninafon M. 15

Evaluation de la prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire à Cotonou, Bénin.

Agodokpessi G, Ade G, Ade S, Wachinou P, Gninafon M. 18

Prise en charge des cancers bronchiques à Dakar, Sénégal : Etude multicentrique.

O.BA, N O TOURE, G.AGODOKPESSI, S.BA,AM. DIOP, A.DIALLO, D.SENE, A.BOYE,C DIACK, T.FALL,A.SYLVA,A.NIANG, A.A HANE, M. NDIAYE 21

Aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et pronostic de la fibrose pulmonaire rencontrée chez des planteurs de café-cacao en Côte d'Ivoire.

Godé C, Kouassi B, Horo K, Ahui B, Ohui E, Djè bi, Anon JC, N'gom A, N'goran Koffi, Aka Danguy E 25

Les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la miliaire tuberculeuse en Côte d'Ivoire.

Achi H V, Ahui B JC, Kouassi B A, Meno Fokama P E, Anon JC, Djè Bi H, N'Dhatz S M, Koffi N, Aka Danguy E. 31

Prise en charge de l'asthme à l'officine : Audit auprès de 160 agents d'officines à Bamako.

Y Toloba, BF Sissoko, A Doumbia, MK Mieufeu, K Ouattara, D Soumaré, B Baya, S Diallo..... 35

Problématique de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative à l'heure du VIH/SIDA dans quatre CDT (CSREF COM II, COM V, VI) et le Service de PPH à BAMAKO).

B.F. Sissoko Boubacar Fassara, Y.T. Toloba Yacouba, D.B. Diarra, Bassirou, Y.H. Younoussou Halima, O.K. Ouattara Khadidia, S.D. Soumaré Dianguine, B.G. Berthé Gaoussou, D.S. Diallo Souleymane 39

Tuberculose endobronchique chez l'immunocompétent : à propos de 2 cas.

N.O. Touré, K. Thiam, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.M. Ndiaye, F.B.R. Mbaye, M.F. Cissé, A.A. Hane 42

Fiche d'identification

..... 42

Avec les remerciements de la SAPLF à AstraZeneca 

Prise en charge des cancers bronchiques à Dakar, Sénégal : Etude multicentrique.

O.BA *, N O TOURE*** G.AGODOKPESSI*** S.BA* AM. DIOP* *, A.DIALLO *, D.SENE*, A.BOYE*, C DIACK*, T.FALL*, A.SYLVA*, A.NIANG** , A.A HANE *** , M. NDIAYE ****

*: Hôpital Général Grand-Yoff, Dakar, Sénégal ** Hôpital Principal, Dakar ***Pneumologie CHNU Fann, Dakar ****Chirurgie thoracique CHNU Fann, Dakar

Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthisiologie, Cotonou, République du Bénin

Résumé

Objectif : Etudier les aspects épidémiologiques, histologiques, thérapeutiques et évolutifs des cancers bronchiques dans les grands Hôpitaux de Dakar.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive et prospective recensant l'ensemble des cancers bronchiques diagnostiqués dans quatre grands hôpitaux de Dakar.

Résultats : 107 patients répondaient aux critères d'inclusion : 89% (n=95) étaient des hommes dont l'âge moyen était de 55ans. Le tabagisme était précoce dès 15 ans et important : pour 85% de fumeurs. La consommation moyenne de tabac de 33 paquets-années. Le délai moyen à la consultation était de 6 mois. La principale méthode diagnostique avait été la biopsie bronchique dans 59 %. L'histologie retrouvait respectivement : adénocarcinome (44 %), carcinome épidermoïde (41%), carcinome petites cellules (8%), carcinome à grandes cellules (4%) et composite dans 3%. Le délai moyen de consultation était de 4 mois et demi. Quarante pourcents des patients étaient classés stade IV au moment du diagnostic et les localisations secondaires osseuses étaient les plus fréquentes (25%). Pour le traitement 47% des patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie, 20% de l'association radio-chimiothérapie et 18% d'un traitement palliatif. La mortalité était de 22 % à 3 mois, 31 % à 6mois, 67 % à 12mois.

Conclusion : Les cancers bronchiques étaient diagnostiqués à un stade tardif où les possibilités thérapeutiques étaient limitées.

Mots clés : Tabagisme - Cancers bronchique-traitement.

Summary

Management of lung cancers in Dakar, Sénégal.

Objectif: Determine epidemiological, pathological and therapeutic aspects of bronchial cancers in Dakar Senegal.

Methods: We underwent a descriptive and prospective study from January 2009 to June 2011. We collected data of all cases of bronchial cancers from the following Dakar mains hospitals.

Results: The number of patients included was 107 of whom 89% were men with a mean age of 55 years. Cigarette smoking was found in 85% of cases with an early start of 15 years old and a mean consumption of 33 packets-years. Mean time to consultation was 6 months. The main diagnostic tool was bronchial biopsy which performed in 59 % of cases. Pathology examination found adenocarcinoma in 44% of cases, squamous cell carcinoma in 41% cases, small cells (8%), undifferentiated (4%) and mixte in 3%; small cells carcinoma in 04% of cases. Forty percent of patients were stage IV at the time of diagnosis and bone

metastasis were more frequent (25% of cases). Forty seven patients underwent chemotherapy, 20% an association of radiotherapy and chemotherapy and 18% a palliative treatment. Evolution of the cohort: Mortality rate was 22% at 3 months, 31% at 6 months and 67% at 12 months.

Conclusion: Bronchial cancers are diagnosed at an advanced stage where therapeutic possibilities are limited. Early start of cigarette smoking was almost constant. It is therefore necessary to struggle against tobacco abuse and sensitize the practitioners to the necessity of an early referral of suspicious cases of bronchial cancers.

Key words: Smoking-Bronchial cancer- treatment.

Introduction

Véritable fléau mondial depuis une cinquantaine d'années, le cancer bronchique primitif est actuellement le cancer le plus meurtrier dans le monde. Il tue 1,3 millions de personnes par an et représente 17,8% de l'ensemble des cancers. Dans tous les pays développés, il demeure la première cause de décès par cancer chez l'homme. Chez la femme, il vient en troisième place. Aux Etats-Unis, il occupe la première place. Le cancer bronchique représente un problème majeur de santé public dans le monde. En Afrique subsaharienne, la situation du cancer bronchique demeure mal connue du fait de l'inexistence de registres nationaux de cancer. L'état endémique de la tuberculose au Sénégal, la similitude des signes évocateurs et l'insuffisance de moyens diagnostiques, sont autant d'handicaps pour le diagnostic de cancer bronchique qui reste sous évalué. Au Sénégal les études sur les cancers bronchiques sont peu nombreuses et les données parcellaires à partir de séries hospitalières (1) ; pourtant les premiers documentés datent de 1950. Le tabagisme se développe de plus en plus chez les jeunes et de façon précoce, ceci en l'absence de législation efficace. Une étude réalisée en 1995 par l'UICC et portant sur un échantillon représentatif de 5000 sujets de 16 à 61 ans, vivant dans les principales villes du pays, révèle que 37% des sénégalais fument (1). L'OMS estime qu'il est à l'origine de 4,9 millions de décès annuels, dont 70 % dans les pays en développement (5). En recul dans les pays où la législation est de rigueur, l'industrie du tabac progresse et est délocalisée dans les pays en développement où elle rencontre peu de résistances à l'introduction de ses produits. Ce paradoxe entre la rareté des cas documentés et le tabagisme endémique principal cause du cancer bronchique amène à poser la question de savoir si le cancer bronchique serait-il si rare au Sénégal ? Ou est ce le fait d'une sous évaluation par manque de spécialistes et de moyens d'investigation

dans le domaine ? L'objectif de ce travail est de faire le bilan de la prise en charge du cancer primitif bronchique dans quatre services spécialisés de Dakar, en étudiant les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Méthodologie

Cadre d'étude : Le recrutement des patients s'était déroulé dans les services spécialisés suivants :

- Le Service de Pneumo-phtisiologie du CHNU de Fann ;
- Le Service de Médecine Interne de l'Hôpital Principal de Dakar ;
- Le Service de Médecine Interne et Spécialités Médicales de l'Hôpital Général de Grand Yoff ;
- Le Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire du CHNU de Fann ;

Il s'agit d'une étude descriptive et prospective allant du 01/01/2008 au 30/06/ 2011 et recensant l'ensemble des cancers bronchiques histologiquement documentés dans les hôpitaux de Dakar ayant participé à l'étude durant cette période.

• Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans l'étude :

Les patients adultes d'âge supérieur ou égal à 18ans porteur d'un cancer bronchique histologiquement documenté., Un consentement éclairé des patients était obtenu.

• Critères d'exclusion :

Les patients présentant un cancer bronchique secondaire ; Tout patient présentant une tumeur bronchique sans diagnostic anatomo-pathologique documenté.

• Matériel d'étude et recueil de données :

Les données sociodémographiques : sexe, âge, tabagisme, profession des patients

- Les aspects anatomo-cliniques:

Les signes cliniques ;

Le délai de consultation : C'est le délai écoulé entre le début des symptômes et la consultation en milieu hospitalier spécialisé.

Le délai de diagnostic : c'est le délai écoulé entre le moment où le prélèvement anatomopathologique a été fait et la réception des résultats

Les méthodes diagnostiques ;

La classification TNM de Mountain (1997).

Les stratégies thérapeutiques;

L'évolution

- Analyses des données

L'exploitation et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel spss dans sa version 10(valeur statistique significative pour $p < 0,05$).

Résultats

1 Aspects épidémiologiques :

107 patients ont répondu à nos critères d'inclusion : il s'agissait de 95 hommes (89%) et 12 femmes (11%), cf. tableau I.

Répartition des patients selon l'âge : L'âge moyen est de 55ans avec des extrêmes allant de 37 à 84 ans. 42% des patients (n=45) sont âgés de 50 ans au maximum avec un âge moyen de 45 ans (± 4 ans) (Groupe I) et 58% patients (n=62) ont plus de 50 ans avec un âge moyen de 62ans (± 8 ans) Groupe II). Toutes les catégories professionnelles étaient retrouvées avec 37% d'ouvriers (n=50), 32% de

commerçants (n=34), 9% d'ingénieurs et agents administratifs (n=10), 6% de militaires (n=7), 4% de paysans(n=4) et 2% de paramédicaux (n=2)

Habitudes tabagiques : Le début du tabagisme était précoce dès l'âge de 14 ans et la moitié des fumeurs ont commencé à 17ans. Dix patients étaient d'anciens fumeurs et 6 non-fumeurs. Le tabagisme est essentiellement masculin avec 85% de fumeurs (n=91).

Le tabagisme passif est retrouvé chez 9 patientes (conjoints fumeurs) soit 8% et une femme était fumeuse active. La consommation moyenne est de 31 paquets-années avec des extrêmes allant de 4 à 90 paquets-années (PA).

2° Aspects cliniques :

- Le délai de consultation varie entre 2 et 13 mois avec une moyenne de 6mois. Les signes cliniques motivant la consultation étaient : la toux dans 95% des cas, la dyspnée 90%, la douleur était rapportée dans 60% des cas et l'hémoptysie 25%. Le Performans Statuts(PS) était inférieur ou égal à 2 pour 75% des patients (n=81) au moment du diagnostic, évalué à 3 pour 15%(n=16) et d'emblée à 4 dans 10% des cas (n=1)

- Les méthodes diagnostiques : la principale méthode diagnostique était la biopsie bronchique pour 60% des patients (n=64), suivie par les méthodes chirurgicales (thoracotomie, biopsies transthoraciques) pratiquées chez 35% des patients (n=39), d'autres méthodes telles que les biopsies ganglionnaires ont été utilisées chez 4 patients. Le délai de diagnostic varie entre un et trois mois avec une durée moyenne d'un mois (± 15 jours).

Il y avait sept cas de cancers bronchiques à petites cellules(CPC) recensés dans la série.

-Répartition des patients selon le traitement : Pour les stratégies thérapeutiques, 37patients relevaient d'emblée des soins palliatifs dont 70% (n=26) dans le groupe des plus de 50ans. 51.4% soit 56 patients ont bénéficié de la chimiothérapie sans dans les mêmes proportions dans les deux groupes, 14 patients ont reçu une association radio-chimiothérapie soit 13%, un patient a été opéré avant de chimiothérapie adjuvante.

-Modalités évolutives : le taux de mortalité était de 21,5% (n=23) à trois mois, 31,5%(n=33) à 6mois et 77%(=71) au bout de 12mois.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

ÂGE	NOMBRE	FREQUENCE
30 -39	6	5,5
40 - 49	29	27
50 - 59	36	34
60 - 69	24	22
70 - 79	7	6,5
> 80	7	5
TOTAL	107	100%

Tableau II : Répartition des patients selon le type histologique.

TYPE HISTOLOGIQUE	GROUPE I	GROUPE II	P
Epidermoïde	18	20	ns
Adénocarcinome	19	31	ns
Grandes Cellules	2	4	ns
Petites Cellules	4	3	ns
Autres	2	4	ns
Total	45	62	

Tableau II : Répartition des patients selon le stade TNM.

TYPE HISTOLOGIQUE	GROUPE I	GROUPE II	P
Epidermoïde	18	20	ns
Adénocarcinome	19	31	ns
Grandes Cellules	2	4	ns
Petites Cellules	4	3	ns
Autres	2	4	ns
Total	45	62	

Discussions

• Aspects épidémiologiques :

- La prévalence du cancer bronchique : elle est sous estimée au Sénégal du fait de l'inexistence de données au niveau national comme le registre des cancers ; les données sont parcellaires à travers des séries hospitalières et la prévalence est autour de 4%, comme dans la plus part des pays de l'Afrique de l'Ouest. M'BRA (2) a trouvé une prévalence de 4% dans le service de pneumologie de Treichville en Côte d'Ivoire, DIALLO (3) avait relevé 5,6% la même année dans le Service de Pneumologie de l'hôpital du point G de Bamako. Cette prévalence était au dessus des 2,2% relevées à l'hôpital Principal de Dakar par DIOP en 2000 alors qu'elle était de 0,29% vingt ans plus tôt dans le même service (1). La prévalence du cancer bronchique connaît donc une progression en milieu hospitalier dakarois.

- Les caractéristiques socio démographiques :

La population d'étude est relativement jeune avec 42% de patients qui sont âgés maximum de 50 ans avec des extrêmes allant de 37 à 84 ans. Les caractéristiques décrites de la population dans l'étude étaient proches de celles rapportées dans la littérature africaine avec une moyenne d'âge de 50 ans. Cette même tranche d'âge était retrouvée par d'autres auteurs au Sénégal, au Mali et en Côte d'Ivoire (2,3,4,5). La précocité de l'initiation précoce au tabagisme actif dès l'âge de 13 ans en est sans doute l'explication.

Cette moyenne d'âge dans notre travail était inférieure à celle retrouvée en France en 2000 par BLANCHON (6) qui était de 64

ans. Les différences de structure démographique et surtout l'allongement de l'espérance de vie dans les pays développés pourraient être les raisons de cette différence.

La prédominance masculine retrouvée au sein de notre cohorte est rapportée par beaucoup de séries (7). Le tabagisme féminin reste encore peu fréquent au Sénégal contrairement à ceux qui prévaut en France mais cette population reste plus exposée au tabagisme passif ; cependant des pourcentages plus élevés ont été retrouvés à Bamako et Abidjan (2,3).

- Tabagisme et autres facteurs de risques :

L'intoxication tabagique était le principal facteur de risque retrouvé dans notre travail. Près de 85% des patients étaient fumeurs et essentiellement des hommes. Le tabagisme était précoce dès l'âge de 13 ans avec une consommation moyenne de 33 paquets-années.

L'exposition au tabac et plus particulièrement à la cigarette était le facteur de risque le plus important retrouvé dans l'étude.

Des résultats similaires ont été rapportés par SANE à Dakar (5) et restaient un peu en deçà de ceux de M'BRA à Treichville (2).

La consommation tabagique est variable selon les pays : ainsi Diop rapporte 35 paquets/année (4), taux bien supérieur aux 20 paquets/année retrouvés par M'BRA et DIALLO (2,3).

Grâce à une politique anti-tabac efficace dans les pays occidentaux, la consommation de tabac a baissé comme en France, où elle a diminué de 10 % en 5 années entre 2000 et 2005. C'est le contraire dans les pays en développement où l'industrie du tabac progresse sans grande résistance du fait d'une législation est inexistant voire peu restrictive contre la publicité et la consommation de tabac. C'est le cas du Sénégal où elle n'est pas interdite et la cigarette est bon marché ; pire, une seconde usine de fabrication cigarette a été inaugurée récemment. Pourtant le Sénégal est l'un des premiers pays à ratifier la Convention Cadre de Lutte Anti-tabac (CCLAT) de l'OMS mais jusqu'à présent aucune loi n'est votée pour qu'elle entre en vigueur.

• Aspects cliniques et para cliniques :

- Les principaux signes fonctionnels retrouvés étaient la toux, la douleur thoracique, et la dyspnée.

Ces symptômes sont fréquemment rapportés dans la littérature (2,3).

Dans notre série 25% des patients étaient vus à un stade avancé de la maladie avec une performance statut (PS) entre 3 et 4. Le délai moyen de consultation après le début des symptômes était de 6 mois avec des extrêmes de 2 et 13 mois.

Il y a plusieurs explications à ce retard avant la consultation en milieu spécialisé ; l'itinéraire thérapeutique du patient est complexe : retard à la consultation dans les structures de santé car les symptômes sont souvent négligés par les patients sauf en cas de signes alarmants telles que la douleur ou l'hémoptysie. Il s'y ajoute la méconnaissance du cancer par le personnel des centres périphériques de santé qui n'a pas formation sur le dépistage du cancer. Les symptômes sont souvent confondus avec ceux de la tuberculose et beaucoup de patient chez lesquels la bascilloscopie sont diagnostiqués tuberculeux à microscopie négative, sont mis sous traitement antituberculeux. Ce traitement inapproprié retardait considérablement la consultation

en milieu spécialisé : Ce fut le cas pour 25% de nos patients. Du point de vue histologique, le taux de confirmation histologique était de 100%. La confirmation histologique dépend des possibilités d'exploration notamment endoscopiques. Ainsi M'BRA, SANE et DIALLO rapportent respectivement des taux de 88%, 64% et 15% (2,3,5).

Le délai moyen de diagnostic était de un mois avec des extrêmes de un et trois mois. Ce délai moyen était initialement encore beaucoup plus long a raccourci avec l'effectivité de l'endoscopie bronchique dans les trois hôpitaux mais les laboratoires d'anatomopathologie sont rares. Dans notre étude, la principale méthode diagnostique était la fibroscopie bronchique avec 60% des cas suivie par les méthodes chirurgicales pour 27% des patients.

Le type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome avec 47%(n=50), suivi le carcinome épidermoïde avec 35,5%(n=38) des cas. La prédominance des adénocarcinomes bronchiques est depuis quelques années rapportée dans la littérature comme lié à la modification de l'intoxication tabagique (8.9).

Le cancer à petites cellules représentait 6.5 % de l'ensemble des cas de notre étude. Ce type histologique est relativement peu fréquent en général mais vu le long itinéraire thérapeutique de nos patients et l'évolution explosive de cette forme, il n'est pas exclus que des malades décèdent bien avant leur arrivée en milieu spécialisés. Contrairement en France, d'après l'étude KBP 2000 les cancers à petites cellules sont pris en charge bien plus tôt par rapport aux nôtres (6).

Mais beaucoup reste à faire au Sénégal parce les hôpitaux pourvus en endoscopie bronchique et équipés de laboratoires d'anatomo-pathologie sont concentrés à Dakar et le déficit en personnel qualifié ; Or en cancérologie bronchique l'endoscopie est la méthode royale pour poser le diagnostic.

Aspects de la prise en charge : Parmi notre cohorte, 47% (n=50) des patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie exclusive, 20%(n=21) de l'association radio-chimiothérapie et 18% soit 19 patients d'un traitement palliatif d'emblée. La prise en charge pose beaucoup de problèmes : le coût exorbitant des anticancéreux non subventionnés et à la charge des patients souvent démunis quand on sait qu'une cure de chimiothérapie vaut trente fois le Smig (environ 50 euros) on imagine les difficultés de prise en charge. Seule 20% de la population bénéficie d'une couverture-maladie. En ce qui concerne l'irradiation, la radiothérapie conformationnelle n'est pas disponible à Dakar, seule la cobalthérapie est possible. L'autre problème est l'inaccessibilité et le coût élevé des opioïdes avec des ruptures fréquentes de stock. L'alimentation parentérale n'existe pas non plus. Dans les conditions actuelles il est quasiment impossible d'organiser les soins palliatifs. Cette situation est identique à tous les pays de l'ouest africain (2,3).

Conclusion :

La situation du cancer bronchique au Sénégal est aussi mal connue qu'en Afrique subsaharienne. Les rares données disponibles sont des séries hospitalières des centres de référence. Il n'y a pas à ce jour de registre national des cancers au Sénégal. Une ébauche est en cours depuis un an mais seul quatre cent-

res hospitaliers de référence.

La tuberculose endémique de par les signes trompeurs cache le cancer bronchique et beaucoup de malades sont traités à tort pour tuberculose avec pour conséquences un retard diagnostique. A cela s'ajoute l'insuffisance de moyens humains et matériels de diagnostiques. Pourtant l'industrie du tabac, principal facteur de risque, connaît une progression dans le pays avec l'installation d'une fabrique de tabac. Nous recommandons pour une amélioration des performances diagnostiques et de la prévention du cancer bronchique primitif par une législation efficace contre la promotion de la consommation. Le démarrage effectif du registre des tumeurs au Sénégal est un impératif pour connaître la prévalence du cancer bronchique. Il faut une bonne politique de santé pour aider l'accès au traitement notamment à la chimiothérapie.

Conclusion

Les principaux facteurs associés à la survenue des cas chroniques de tuberculose ont été : l'analphabétisme, les conditions socio-économiques défavorables, l'éloignement des services de santé, le retard à la consultation et la stigmatisation du patient. La notion de contagion tuberculeux et la nature du cas contaminant devraient être activement et systématiquement recherchées afin de détecter précocement les cas de contamination par les germes potentiellement résistants. L'entretien pré-thérapeutique avec le malade tuberculeux et sa famille, le respect du TDO par tous les infirmiers et la réalisation systématique de la culture après l'échec du traitement de première ligne s'imposent donc pour la maîtrise des échecs aux retraitements antituberculeux.

Références

- 1 NIANG A, BONNICHON A, FALL.KB. Le cancer bronchique au Sénégal. *Med trop.* 2007. 67 : 651-056.
- 2 M'BRA K., DAIX A., TOURE M, ADOUBI I, DOMOUA KMS, ECHIMANE K. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques des cancers broncho-pulmonaires au CHU de Treichville. *Med. D'Afr. Noire* 2005, 52 (12) : 661-664
- 3 DIALLO S., KAPTUE Y. et al. Problématique du cancer bronchique dans le service de pneumologie de l'hôpital du point G, Bamako Mali. *Mali Médical* 2006 T XXI N° 1, 4-7.
- 4 KEITA B., KONANDJI M.M., SANGARE S. Le cancer bronchique primitif en milieu hospitalier spécialisé à Bamako. *Rev d'Afr. Noire* : 1993, 40 (7), 765-768.
- 5 SANE M., CAMARA P. et al. Diagnostic et traitement du cancer bronchique au Sénégal. *Rev. Mal. Respir.* 2005, 22 ; 1S 49.
- 6 BLANCHON F., GRIVAUX M., et al. Epidémiologie du cancer bronchique primitif pris en charge dans les centres hospitaliers généraux français ; Etude KBP-2000-CPHG du Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux. *Rev Mal Respir*, 2002, 19, 727-734.
- 7 DOMOUA K., TRAORE F., et al. Etiologies des pleurésies hémorragiques en milieu pneumologique à Abidjan, COTE D'IVOIRE. *Méd. d'Afr. Noire* : 1999, 46 (10), 465-469.
- 8 YUNG RC. Tissue diagnosis of suspected lung cancer: selecting between bronchoscopy, transthoracic needle aspira-

tion, and resectional biopsy. *Respir Care Clin N Am.* 2003 Mars; 9 (1):51-76.

9 COLLON.T, BA.O, GRIVAUX.M. Le cancer bronchique primitif non à petites cellules : analyse des 419 cas de tumeurs T1 (\leq

3 cm) de l'étude KBP-2000-CPH. *Rev Pneumol Clin* 2004 ; 60 : 333-343.
