

# LA FIBROSCOPIE BRONCHIQUE DANS LE CANCER BRONCHOPULMONAIRE AU GABON

J.B. BOGUIKOUMA\*, J.L. PERRET\*, C. DIANÉ\*\*, C. NGUEMBY-MBINA\*

## RESUME

**Les auteurs, à partir d'une étude rétrospective conduite de Janvier 1982 à Avril 1988 et portant sur 550 bronchoscopies ont regroupé 70 cas de cancers bronchiques. Ces cancers dont ils précisent les caractéristiques du diagnostic bronchoscopique sont en augmentation régulière dans les pays Africains et au Gabon en particulier .**

## INTRODUCTION

Le développement de nouvelles techniques d'imagerie thoracique a modifié le comportement diagnostic dans le domaine du cancer bronchique primitif.

Le présent article, loin de comparer les performances de l'imagerie thoracique et de l'endoscopie bronchique dans le cancer bronchique primitif, a pour but de souligner l'intérêt déjà reconnu (1, 2, 10, 16) de la fibroscopie bronchique dans le diagnostic, les indications thérapeutiques et la surveillance de cette maladie en Afrique.

Nous avons étudié l'aspect macroscopique des lésions, l'histologie à partir des biopsies réalisées, évalué les contre-indications chirurgicales par la topographie des lésions, les incidents et tenté d'établir une corrélation entre aspects macroscopiques et caractères histologiques.

## MALADES ET MÉTHODES

De Janvier 1982 à Avril 1988, 70 dossiers de cancers bronchiques primitifs, histologiquement confirmés ont été repris pour cette étude, représentant 12,7 % des 550 bronchoscopies réalisées (reprises non comprises) pour la même période. Il s'agissait de 58 hommes et 12 femmes d'âge moyen égal à 53,3 ans, fumeurs dans 70 % des cas.

L'examen a été réalisé après une prémédication à base

\* Service de Médecine Interne A ( Pr. Nguemby-Mbina ), Centre Hospitalier BP. 28 Libreville, République Gabonaise

d'atropine (syndrome vagal + sécrétions), valium (anxiolytique) et soludécadron (antiallergique).

L'anesthésie était locale à la Lidocaïne à 2 % dans 68 cas et générale dans 2 cas. Les conditions techniques n'ont pas permis la réalisation des cytologies bronchiques et du lavage bronchoalvéolaire.

Le diagnostic de cancer bronchique a été porté sur les résultats de l'examen anatomopathologique de 70 biopsies endobronchiques, réalisé au Laboratoire d'Anatomopathologie de la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Libreville .

Deux bronscopes flexibles de marques Olympus (IT10 et BF10) ont respectivement été utilisés pour ces examens, par les mêmes examinateurs. Tous les patients ont été suivis en période post-bronchoscopique. La fibroscopie a recherché les caractères macroscopiques (bourgeon, sténose, compression), étudié la topographie des lésions et ses rapports anatomiques pour l'évaluation du diagnostic d'opérabilité. Les incidents ont fait l'objet d'une attention particulière. Enfin, nous avons, après observation des lésions macroscopiques, recherché par le test de Chi 2, une éventuelle corrélation macroscopie—histologie.

## RÉSULTATS

I) L'aspect macroscopique des lésions est indiqué au tableau I

Aspects endoscopiques	Nombre	pourcentage
Bourgeonnement	38	54
Sténose bronchique	18	27,5
Compression extrinsèque	6	7,5
Mixtes (sténose + bourgeon)	8	11

Tableau I : Aspects endoscopiques macroscopiques.

\*\*Chef de Service de Chirurgie Thoracique, Fondation Jeanne Ebori, Libreville, République Gabonaise

2) le siège des lésions a été étudié au tableau II

Lésions endoscopiques	Total
Arbre bronchique droit	36
Arbre bronchique gauche	27
Les deux	7

**Tableau II : Siège endoscopique des lésions.**

## DISCUSSION

La fréquence du cancer bronchique primitif est en augmentation au Gabon, avec 12,7 % des bronchosopies réalisées. Cette incidence, de loin supérieure à celle observée à Brazzaville et Ibadan pour une période identique (2, 10), tend à s'accroître avec l'apport de l'endoscopie bronchique, et une augmentation de 2 à 3 % par an de la consommation de tabac (16). Tous ces résultats sont sous évalués compte tenu du fait que les patients décrits par les auteurs ne sont pas représentatifs de la population africaine qui, en proie à de nombreuses difficultés, consulte rarement des services spécialisés .

L'homme est le plus souvent atteint (4, 5, 6, 7, 14, 16 ), représentant 82 % des cas de notre étude. Des différents aspects macroscopiques décrits (1, 3), le bourgeonnement est le plus fréquent : 54,3 % de nos observations.

La valeur discriminative de l'endoscopie bronchique est grande en précisant la topographie, le type, l'état de la muqueuse, l'existence ou non des lésions controlatérales. La lésion siège le plus souvent à droite (4, 6). Les lésions constatées étaient très évoluées et envahissantes, obstacle majeur à la chirurgie comme le confirment d'autres études africaines (3, 11, 13, 15, 16 ). Sept localisations bilatérales ont été retrouvées chez nos patients.

La biopsie bronchique, de réalisation facile à un stade avancé de la maladie, reste la clé du diagnostic (4, 6, 7), et l'étude histologique a révélé comme dans d'autres séries, que le carcinome épidermoïde était le plus rencontré (3, 7, 9, 15, 16), avec 64,28 % des cas de notre étude. Les conditions techniques ne nous ont pas permis de réaliser le cytodiagnostic et le lavage bronchoalvéolaire, courant ailleurs (10,15).

De rares complications à type d'agitation psychomotrice et de coma par surdosage en lidocaïne ont été récemment rapportées (8, 12), sans mortalité. Une hypoventilation sévère a été observée sous anesthésie générale chez un de nos patients, porteur d'une métastase cérébrale, ainsi que quelques cas d'hémorragies post-biopsiques bien contrôlées par un lavage au sérum adrénaliné. Dix pour cent des malades ont présenté une fièvre voisine de 38°C le lendemain de l'endoscopie.

Il nous a semblé intéressant d'étudier la corrélation entre aspects macroscopiques et histologiques (tableau III) . Cette étude s'est révélée négative; différentes formes histologiques de cancers pouvant avoir la même expression macroscopique.

## CONCLUSION

Rapide, fiable car objective et reproductible, la fibroscopie bronchique nécessite cependant un personnel entraîné au maniement du fibroscope flexible et à l'utilisation des différentes pinces. L'utilisation future des bronoscopes de diamètre inférieur et à double bœquillage, permettra une exploration plus complète de l'arbre bronchique, et nous espérons à l'avenir, voir disparaître la réticence des malades et médecins, devant cette technique irremplaçable, de réalisation facile.

3) Nous avons tenté d'établir dans le tableau III, une corrélation entre l'aspect endoscopique et la nature histologique des lésions. Le test de Chi 2 appliqué aux deux types histologiques le plus souvent rencontrés, n'objective pas de relation significative avec les différents aspects macroscopiques.

Aspects endoscopiques	Carcinomes épidermoïdes	Petites cellules	Adénocarcinomes	Autres*
Bourgeon	27	5	2	4
Sténose	10	2	3	3
Compression	5	0	1	0
Mixtes (sténose + (bourgeon)	3	1	2	2

\* Autres: 2 carcinoïdes, 7 indifférenciés

**Tableau III : Correspondances entre aspects endoscopiques et histologiques.**

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ACCARD JL.  
Endoscopie au cours des cancers bronchiques.  
Le Praticien, 1981, 385, 13-20
- 2 - AWOTEDU M., OGUNNIYI JO., OLUBOYO PO., UKOLI CO., ONADEKO BO.  
Flexible fibre optic bronchoscopy in Ibadan: report of 6 years experience.  
Afr. J. Med. Sci., 1989 Jun; 18(2) : 155-8
- 3 - BRUNEL M., LEPROUX Ph. Quelques aspects actuels du cancer primitif des bronches en milieu africain à Dakar  
Méd. Afr. Noire, 1967, (12), 595-598.
- 4 - COOKSON JB., SAMUEL BL., GANE NFC.  
Cancer of the lung in Rhodesian Blacks.  
Soc. Afr. Med., 1974 (48), 2314-2318.
- 5 - GELFAN GM., GRAHAM AJ., LIGHTMAN B.  
Carcinoma of bronchus and the smoking habit in Rhodesian Africans .  
British Med. Journal, 1968, (3), 468-469.
- 6 - KAKANDE 1.  
"Primary lung carcinoma in Kenyatta National Hospital, Nairobi" East African Medical Journal, 1979, (56), 320-325.
- 7 - KANE PA., AYAD M., DIENG M., WANE S.  
"Le cancer bronchique primitif chez le noir africain".  
Dakar Médical, 1980, (25), 331-338.
- 8 - L'HUILIER JP., PARROT A., DENIS M., MAYAUD Ch., AKOUN G.  
Agitation psychomotrice après anesthésie locale à la lidocaïne pour une endoscopie bronchique. Rev. Pneum. Clin., 1989, 45, 225-226.
- 9 - MARSAN C., CAVA E., GAULIER A.  
Diagnostic anatomopathologique des cancers bronchiques.
- Le Praticien, 1981, 384, 29-38.
- 10 - M'BOUSSA J., N'KANGA A., GANTSIALA M., EKOUTOU A.  
Bilan de 200 endoscopies bronchiques au Centre Hospitalier de Brazzaville.  
Méd. Afr. Noire : 1990, 37, 457-459.
- 11 - MENYE PA., POULIQUEN J.  
Problèmes thérapeutiques du cancer bronchique en Afrique Noire.  
Méd. Afr. Noire, 1971, 18, 615-622.
- 12 - NORMAND M., DELATRANCHEADE, MAURISSET O.  
Coma réversible après endoscopie bronchique attribué à un surdosage en Lidocaïne.  
Rev. Pneum. Clin., 1990, 46, 44-45.
- 13 - PAYET M., PENE P., SANKALE M., ICHEZ JL., MOULANIER M.  
"Le cancer broncho-pulmonaire chez l'Africain à Dakar".  
Bull. Sc. Med. Afr. Noire Lang. Fr., 1961, 11, 731-740.
- 14 - PIGNOL F., COULIBALY N., DELORME.  
"Considérations sur le cancer bronchique en Côte d'Ivoire".  
Ann. Univ. Abidjan Med., 1970, 4, 186-188.
- 15 - TIENDREBEOGO H., BUREAU JP., SCHNIDTD., ROUSDAU TM., ROUXF.  
Le cytopathologie bronchique. Résultats d'une série préliminaire de 204 prélèvements bronchiques.  
Med. Afr. Noire, 1979, 26, 405-411.
- 16) - VERMERSCH V.  
"Contribution à l'étude du cancer primitif bronchique chez le Noir Africain à Libreville".  
Thèse Med., Tours, 1985, n° 40