MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

Épidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:34

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:34 - Imprimé le : 2024/09/15 11:31



Table des matières

Epidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif	. i
Épidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif	1
1. Introduction	1
2. Épidémiologie descriptive	1
2.1. Sexe	1
2.2. Âge	1
2.3. Géographie	1
2.4. Variations temporelles	
2.5. Répartition histologique	2
2.6. Mortalité	2
3. Épidémiologie analytique : facteurs de risque	2
3.1. Tabagisme	2
3.1.1. Tabagisme actif	3
3.1.2. Sevrage tabagique	
3.1.3. Tabagisme passif	
3.2. Facteurs professionnels	
3.2.1. Amiante	
3.2.2. Autres	
3.3. Pathologies respiratoires	
3.4. Expositions atmosphériques et domestiques	
3.5. Radiations ionisantes	
3.6. Susceptibilité génétique	
3.7. Facteurs alimentaires	
3.8. Cannabis	
4. Conclusion	5

Épidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif

1. Introduction

- Première cause de décès chez l'homme dans les pays développés
- Aux USA, il est en passe de supplanter en fréquence le cancer du sein (et de passer au premier rang)
- Cancer le plus répandu dans le monde (1,1 millions de décès en 2000)
- Connaître les FDR ⇒ prévention efficace
- Lutte anti-tabac ⇒ efficace dans la réduction de l'incidence

2. Épidémiologie descriptive

2.1. Sexe

- À niveau de tabagisme équivalent, les femmes sont plus à risque que les hommes (risque relatif plus élevé)
- Pays ou les femmes fument le plus (pays anglo-saxons) ⇒ proportion de femmes plus élevée
- Incidence la plus élevée chez la femme : Royaume-Uni, Irlande, Danemark (particulièrement dans les tranches d'âge les plus élevées)
- Aux USA, il est le plus fréquent chez la femme, devançant le cancer du sein

2.2. Âge

• Entre 35 et 75 ans : x90 chez l'homme, x30 chez la femme

2.3. Géographie

1. Pays industrialisés:

- ∘ 60% des CBP
- Incidence la plus élevée dans le monde : populations noirs de Louisiane (110/100.000H/an); 62 chez les Américains blancs, 52 en Europe

2. Pays en voie de développement :

o Incidence faible, mais l'augmentation de la consommation de tabac va faire

augmenter l'incidence dans les prochaines années

- Maghreb : données incomplète
- Algérie: selon les registres existants (Alger, Blida, Oran, Tizi Ouzou, Constantine, Batna, Sérif, Tlemcen)
 - Prévalence national en 2005 estimée à 25/100.000H
 - Première cause de mortalité chez l'homme, 9e chez la femme
 - Augmentation progressive de l'incidence surtout chez l'homme à Alger, reste stable et basse chez la femme

2.4. Variations temporelles

- L'incidence du CBP suit celle de la consommation tabagique de 20 à 30 ans
- Pays occidentaux : la courbe marque un plateau chez l'homme ; décroissance aux USA, mais pas chez la femme

2.5. Répartition histologique

- Carcinomes épidermoïdes : 40% (plus fréquent, quelque soit le sexe)
- Adénocarcinome : 30%
- Cancers indifférenciés à grandes cellules : 12,5%
- Cancers à petites cellules : 16,5% (contre 20% au milieu des années 80)
- Cancers bronchioloalyéolaires : 1%

Variation histologique en cours depuis 20 ans en Amérique du nord : ADK est devenu le premier type histologique chez l'homme comme chez la femme ; ce phénomène peut s'expliquer par les modifications des habitudes tabagiques : augmentation du tabac blanc (moins chargé en nicotine) et des cigarettes à filtre

2.6. Mortalité

• Cancer bronchique = taux de survie à 5 ans parmis les plus faibles (6 à 12% en Europe)

3. Épidémiologie analytique : facteurs de risque

3.1. Tabagisme

Reconnu depuis les années 50

 Risque de cancers bronchique attribuable au tabagisme : 80-90% (toutes formes histologiques)

3.1.1. Tabagisme actif

- Principal FDR: relation cause-effet formelle
- Risque fonction : dose (seuil 15-20 PA), début précoce, durée de consommation = facteur le plus important
- Tabac brun = 2 fois plus de risque
- Filtre : pourrait réduire légèrement le risque (non totalement démontré)
- Inhalation (fréquence et profondeur) = facteur aggravant démontré
- Tabac à pipe et cigares = risque un peu plus faible

3.1.2. Sevrage tabagique

- Diminution du risque significative, variable selon la durée du sevrage, plus marquée chez les plus jeunes
- Consommation importante (15 PA et plus) ⇒ risque relatif toujours élevé même après 30 ans d'arrêt

3.1.3. Tabagisme passif

- Exposition estimée entre 1 et 10% de celle du sujet actif
- 80% = courant secondaire (fumée émise directement par la cigarette) ; 20% = courant primaire (fumée exhalée par le fumeur)
- Courant secondaire : riche en carcinogènes
- Risque relatif: 1,17 à 1,44 (avec relation dose-effet sur l'exposition cumulée)

3.2. Facteurs professionnels

• Seconde cause de cancer bronchique

Carcinogènes reconnus par le CIRC (Centre International de Recherche contre le Cancer) pour le cancer bronchique :

3.2.1. Amiante

- Reconnu depuis les années 60
- Toutes les variétés de fibres sont concernées
- Relation dose-effet clairement établie : forme linéaire, fonction de la concentration en fibres d'amiante dans le milieu, sans seuil

3.2.2. Autres

- 1. **Silice :** carrière, fonderie, industrie de la pierre et du verre
- 2. **Hydrocarbures aliphatiques polycycliques :** production d'aluminium, fonderie, bitumes
- 3. **Nickel:** affinage et extraction du nickel (néos de la mugueuse nasale aussi)
- 4. Chrome: ouvriers de chromage, soudeurs à l'arc
- 5. **Arsenic :** mineurs, fondeurs, utilisation de pesticides
- 6. Chlorométhyl éthers: Carcinomes à Petites Cellules
- 7. Gaz moutarde : épidermoide et indifférencié à grandes cellules

3.3. Pathologies respiratoires

- 1. **Fibrose et PIDs :** incidence multipliée par 8,25 ; plus spécifiquement le fibrose asbestosique
- 2. **BPCO :** risque relatif de 2,5 à 5 selon le degré d'obstruction
- 3. Antécédent de tuberculose : le risque augmente avec l'ancienneté de la tuberculose

3.4. Expositions atmosphériques et domestiques

- Résidus de la combustion des fuels fossiles (chauffage, transport...) aurait un effet sur l'augmentation de l'incidence
- Mais il n'y a pas de réponse définitive quand au rôle de la pollution atmosphérique
- Pays en voie de développement : fumée de bois, fientes d'animaux, charbon ⇒ libèrent dans l'atmosphère intérieure des habitations des cancérigènes (dont le benzopyrène)

3.5. Radiations ionisantes

- Risque augmenté chez les mineurs d'uranium (fumeur ou non), inhalation de Radon
- Risque augmenté par l'irradiation pour cancer du sein (prouvé sur très grandes séries de malades)
- Risque lié à l'irradiation médicale diagnostic n'est pas clairement quantifié

3.6. Susceptibilité génétique

- 80% des fumeurs ne développent pas de cancer
- Données insuffisante pour permettre une prédiction individuelle

3.7. Facteurs alimentaires

 Association entre alimentation riche en fruits, légumes verts, bêtacarotène (précurseur de la vit. A) et diminution du risque de cancer bronchique

3.8. Cannabis

- Contient : Tetrahydrocannabinnol (THC), goudrons et CO
- Effet cancérigène pourrait être supérieur au tabac :
 - Plus forte teneur en goudrons
 - Mode d'inhalation (plus profonde, maintien plus long de l'apnée)
- Risque 10 à 36 fois plus élevé en cas de consommation combinée

4. Conclusion

- Cancer le plus meurtrier chez l'homme
- Pourtant largement évitable (tabac, expositions professionnelles)
- La lutte contre le tabac a permis ces dernières années d'initier une diminution de la mortalité aux USA