

Delays In The Diagnosis And Treatment On Lung Cancer And Its Influencing Factors.

H. Naji-Amrani 1-3, F. Atoini 2-3, R. Belghol 1, Y. Bougrini 1, A. Ouarssani 1-3

Service De Pneumo-Phthisiologie, Hôpital Militaire My Ismail, Meknes, MAROC

Service De Chirurgie Thoracique, Hôpital Militaire My Ismail, Meknes, MAROC

Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Université Sidi Mohammed Benabdellah, Fes. MAROC

Resumé:

Le cancer broncho-pulmonaire (CBP) constitue un problème majeur de santé publique. Son diagnostic est le plus souvent tardif. Le délai de prise en charge diagnostique et thérapeutique est considéré comme un facteur pronostic.

L'étude a comme objectif d'évaluer les différents délais de prise en charge des cancers broncho-pulmonaires à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknes (HMMI) et mettre en lumière les facteurs influençant ces délais.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée à partir des dossiers de patients diagnostiqués du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2015. Les délais de prise en charge étaient estimés à partir de la date de la première visite du médecin généraliste (D1g), de la date de la visite de médecin spécialiste (D1s) de la date du diagnostic (Ddg) et de la date du début du traitement (Dttt). Ces délais ont été comparés selon les variables démographiques, cliniques et paracliniques du groupe étudié.

73 patients étaient inclus dans notre travail dont l'âge moyen était de 60 ans, 92 % étaient des hommes et 91 % étaient tabagiques chroniques. La dyspnée était le signe d'appel le plus fréquent (28% des cas) suivie par la toux chronique (22% de cas). Le carcinome non à petite cellule était le plus fréquent dont 59% étaient des adénocarcinomes, 82% de malades étaient classés au stade IV au moment du diagnostic et 76% de cas étaient traités par chimiothérapie.

Le délai moyen d'orientation du malade (D1g à D1s) était de 25 jours, le délai moyen de diagnostic (D1s à Ddg) était de 31 jours, alors que le délai thérapeutique (Ddg à Dttt) moyen était de 24 jours. Ainsi le délai global de prise en charge (D1g à Dttt) a été estimé à une moyenne de 81 jours.

Le délai d'orientation était plus court pour les sujets âgés de moins de 60 ans ($p=0,005$), les malades présentant une hémoptysie ($p=0,04$) et pour ceux ayant une radiographie thoracique initiale suspecte ($p=0,03$). Le délai diagnostique dépendait des investigations diagnostiques : il était plus long pour les patients ayant des résultats histologiques initiaux non concluants. Le délai thérapeutique était plus long pour les sujets âgés ($p=0,02$). Enfin, le délai global de prise en charge était influencé par l'âge ($p=0,007$), les symptômes ($p=0,02$) et le nombre de radiographie thoracique ($p=0,02$).

Les délais de prise en charge du CBP à l' HMMI est proche des recommandations internationales. L'optimisation des temps d'accès au diagnostic et au traitement pourrait être possible par la mise en place d'un système d'accès rapide et planifié aux investigations à visée diagnostique et thérapeutique.

Mot clés : cancer broncho-pulmonaire, délai diagnostique, délai thérapeutique

Date of Submission: 17-11-2024

Date of Acceptance: 27-11-2024

I. Introduction :

Le cancer broncho-pulmonaire (CBP) constitue un problème majeur de santé publique vu sa fréquence et son mauvais pronostic. Il s'agit de la première cause de décès par cancer au dans le monde avec une mortalité globale estimée à 21,6% en 2022 [1], le pronostic du CBP reste sombre avec une survie global standardisée tout stade confondu à 5 ans toujours faible estimée à 20% en France pour les personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015 d'après le rapport de l'institut national du cancer en 2024. [2]

Un allongement du délai avant traitement peut diminuer la survie des patients potentiellement curatifs, en modifiant le stade initial du cancer. Le but de notre étude est d'évaluer les différents délais de prise en charge des cancers broncho-pulmonaires à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknes (HMMI) et mettre en lumière les facteurs influençant ces délais.

L'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer les différents délais de prise en charge des patients porteurs d'un cancer broncho-pulmonaire qu'elle que soit sa prise en charge thérapeutique (médicale ou chirurgicale) et de déterminer la cause de ces délais. Ceux-ci permettront d'avoir l'état des lieux de la situation à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail. Meknès.

II. Matériels Et Methodes

Une étude rétrospective descriptive et analytique du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2015. Les différents éléments de l'étude ont été recueillis à partir des dossiers médicaux et par contact téléphonique.

En plus des facteurs socio-démographiques, médicaux et thérapeutiques liés à la maladie cancéreuse, les délais de prise en charge étaient estimés à partir des dates des différentes étapes de prise en charge :

- La date de la première visite du médecin généraliste (D1g)
- La date de la visite de médecin spécialiste (D1s)
- La date du diagnostic (Ddg)
- La date du début du traitement (Dttt).

Ainsi des délais ont été précisés pour chaque malade:

- Le délai d'orientation du malade (D1g à D1s)
- Le délai de diagnostic (D1s à Ddg)
- Le délai thérapeutique (Ddg à Dttt)
- Le délai de prise en charge globale (D1 à Dttt)

Ces délais ont été comparés selon les variables démographiques, cliniques et paracliniques du groupe étudié.

Les données ont été saisies et codées sur le logiciel Excel, l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel EPI INFO 3.3.5 en collaboration avec le Laboratoire d'Epidémiologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès

III. Resultats

1- Données descriptifs de la série

73 patients étaient inclus dans notre travail dont l'âge moyen était de 60 ans (40-85) avec une prédominance masculine à 92 %. 91% des patients étaient des fumeurs

Les circonstances de découverte étaient : dyspnée : 28%, toux : 22%, Hémoptysie : 21%, Douleur thoracique : 15%, et des signes extra thoracique : 14%.

Dans 20,3 % des cas la première radiographie thoracique était suspecte ; ces patients étaient adressés immédiatement pour une prise en charge spécialisée. Dans 79,7% des cas l'imagerie thoracique initiale n'avait révélée aucun soupçon de CBP. Ces patients avaient bénéficiés de plusieurs radiographie thoracique avant l'orientation vers le médecin spécialiste.

La confirmation du diagnostic de CBP a été obtenu par la fibroscopie bronchique dans 71% des cas (n=51), par biopsie transpariétale dans 8% des cas (n=06), et par biopsie d'un site métastatique accessible (biopsie d'une adénopathie ou autres) dans 15 cas (21%).

Dans notre travail les résultats du premier prélèvement histologique réalisé permettaient de poser le diagnostic de CBP dans 51,4 % des cas. Dans 48,6 % les résultats étaient non concluants nécessitant la réalisation d'une deuxième biopsie ou une étude immuno-histochimique pour confirmer l'origine pulmonaire de la tumeur.

Les données histologiques retrouvaient une prédominance de carcinome non à petites cellules (CNPC) représentant (93%) dont le principal type était l'adénocarcinome (38 cas soit 59%), parmi les autres types, on comptait 16 carcinome épidermoïde (25 %), 3 carcinome à grandes cellules (4%) et 4 tumeur neuroendocrine (6%), les Carcinome à petites cellules représentaient 7%

Le stade le plus fréquent était le stade IV (82 %), puis les stades III (13%), et stades II (7%).

La prise en charge thérapeutique des patients consistait en une chimiothérapie dans 76 % des cas, une chirurgie dans 6 % des cas, une radiochimiothérapie concomitante dans 3% des cas et dans 15% des cas c'est le traitement palliatif qui était envisagé. Dans notre étude trente cinq patients sont décédés au cours de suivi soit 73,61%.

2- étude des délais diagnostique et thérapeutiques : Figure 1

Le délai d'orientation du malade (D1g à D1s)

Le délai moyen entre la première visite du médecin généraliste et celle du médecin spécialiste était **25 jours**

Le délai de diagnostic (D1s à Ddg)

une fois vu par un spécialiste **31 jours** en moyenne étaient écoulés pour aboutir au diagnostic de certitude.

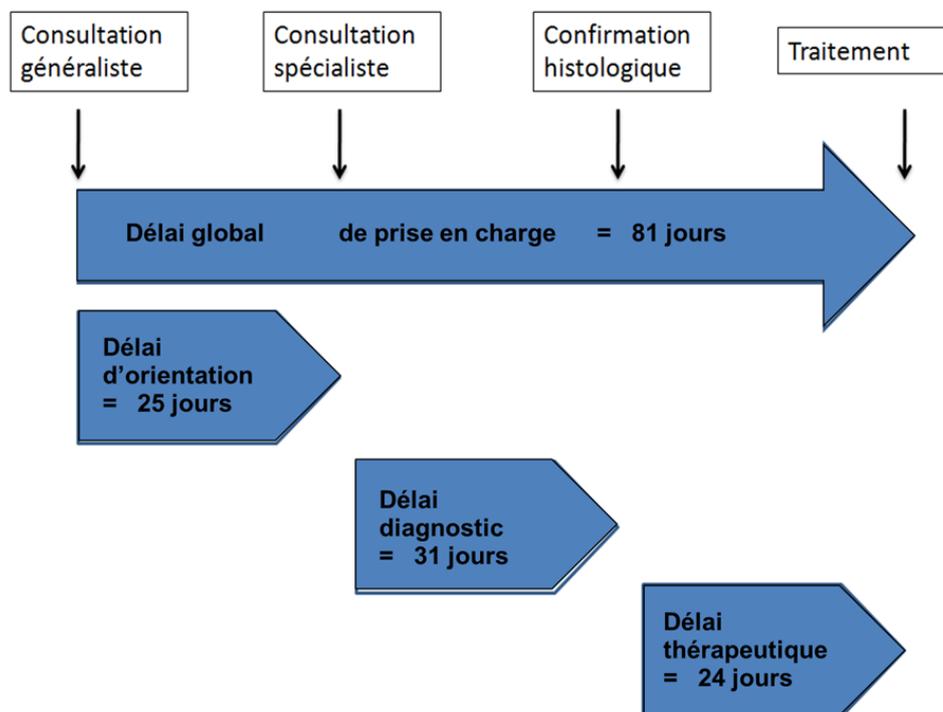
Le délai thérapeutique (Ddg à Dttt)

Une fois le diagnostic du CBP est obtenu les malades mettaient **24 jours** en moyenne pour débiter leur traitement

Le délai de prise en charge globale :

Globalement, la durée totale de prise en charge entre la première consultation avec le médecin généraliste et le début du premier traitement était de **81 jours** en moyenne.

Figure 1 Délais diagnostique et thérapeutiques de notre série



3- Etude analytique des Facteurs influençant les délais de prise en charge :

Le délai d'orientation était plus court pour les sujet âgés de moins de 60 ans ($p=0,005$), les malades présentant une hémoptysie ($p=0,04$) et pour ceux ayant une radiographie thoracique initiale suspecte ($p=0,03$).

Tableau 1

Le délai diagnostique dépendait des investigations diagnostiques : il était plus long pour les patients ayant des résultats histologiques initiaux non concluants. Le délai thérapeutique était plus long pour les sujet âgées ($p= 0,02$).

Seul l'âge des patients apparait comme facteur influençant significativement le délai thérapeutique ($p= 0,02$)

Le délai global de prise en charge était influencé par l'âge ($p=0,007$), les symptômes ($p=0,02$) et le nombre de radiographie thoracique ($p=0,02$).

Tableau 3

Délai (en nombre de jours)	n	Distribution en percentiles			Moyenne	Ecart-type	P.
		Min	Médiane	Max			
Age							
• ≤ 59 ans	36	1	18,5	67	20,2	12,7	0,005
• > 60 ans	36	4	30	65	29,7	14,9	
Sexe							
• Homme	61	5	30	48	28,2	11,7	0,4
• Femme	11	1	22	67	24,4	15	
Radiographie du thorax							
• 1	19	4	30	65	21,9	12,65	0,03
• ≥2	50	1	20	67	30,3	16,22	
Symptômes							
Douleur thoracique							
• Présence	11	5	30	48	28,2	11,7	0,4
• Absence	61	1	22	67	24,4	15	
Toux chronique							
• Présence	16	12	33,5	67	35,6	16,5	0,002
• Absence	56	1	21,5	59	21,9	12,5	

Dyspnée							
▪ Présence	20	1	23,5	59	22,7	15,5	0,4
▪ Absence	52	2	24,5	67	25,8	14,2	
Hémoptysie							
▪ Présence	15	2	17	33	18,6	8,7	0,04
▪ Absence	57	1	25	67	26,6	15,4	
Signe extrathoracique							
▪ Présence	10	4	17	38	18,5	10	0,1
▪ Absence	62	1	24	67	26	14,9	

Tableau 2 Facteurs influençant le délai diagnostique

Délai (en nombre de jours)	n	Distribution en percentiles			Moyenne	P
		Min	Médiane	Max		
Résultats	21	7	21	142	27,28	
Concluantes	30	7	30,5	169	40,9	0,03 ^b
Non concluantes						

Délai (en nombre de jours)	n	Distribution en percentiles			Moyenne	P
		Min	Médiane	Max		
Age						
≤ 59 ans	35	21	65	186	70	0,007 ^a
≥ 60 ans	36	39	86,5	225	92	
Toux, douleur thoracique						
Présente	26	21	85,5	225	94,5	0,02 ^a
Absente	45	31	66	184	74	
Nombre de radiographies						
≤ 2	49	21	66	225	80	0,02 ^a
> 2	19	39	86	137	85	

IV. Discussion

1- Délais de prise en charge et leurs facteurs

Des recommandations internationales étaient établies sur les délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer bronchique.

- La British Thoracic Society recommande [3]:

- Un maximum de deux semaines entre la réalisation d'une radiographie thoracique, demandée par un médecin généraliste suspectant un cancer bronchique et la consultation chez un spécialiste.

- Un délai maximal de huit semaines entre la première consultation chez un médecin spécialiste et la thoracotomie pour les cas opérables.
- La radiothérapie doit être débutée si elle est urgente, dans les deux jours ouvrables, si elle est radicale dans les quatre semaines et si elle est palliative dans les deux semaines.
- Au Royaume-Uni les recommandations mettent l'accent sur un délai maximum de sept à quatorze jours entre la visite du médecin généraliste et celle du spécialiste et un délai de soixante deux jours entre la consultation de médecin généraliste et le traitement [4].
- Le Swedish Lung Cancer Study Group [5] recommande : que dans 80 % des cas, toutes les investigations diagnostiques doivent être achevées dans les quatre semaines suivant la première consultation chez un spécialiste et que le traitement doit être initié dans les deux semaines qui suivent.
- Les recommandations canadiennes [6] préconisent un maximum de quatre semaines entre la première visite chez le médecin généraliste et le diagnostic, et un temps d'attente maximal pour la chirurgie de deux semaines.

a- Délai d'orientation du patient

Dans notre série le délai d'orientation du patient était de 23,5 jours, il est de 24 jours dans la série de Salomaa et al [7], de 30 jours dans la série de Marianne Bjerager [8] et de 33 jours pour Koyi et al. [9].

Dans notre série comme dans celle de Marianne Bjerager [8] nous avons trouvé une différence dans ce délai en fonction de la symptomatologie initiale, et le nombre de radiographies thoraciques faites : Les sujets ayant la toux chronique ou la douleur thoracique éprouvent le délai le plus long pour voir le spécialiste ceci peut être expliqué par le fait que ces signes ont une faible spécificité et sont souvent rapportés à la BPCO, par contre à l'hémoptysie étant un signe d'alerte. Une radiographie thoracique standard soulevant aucun soupçon de la tumeur était une cause importante de retards, les médecins généralistes optent pour attendre et refaire la radiographie plutôt que référer immédiatement les patients symptomatiques.

Contrairement aux autres séries comme J. Virally et al [10], et de El Ouazzani et al [11] dans notre étude les sujets âgés accèdent tardivement au médecin spécialiste.

b- Délai diagnostic

Le délai diagnostic médian était de 24 jours, ce délai est plus long par rapport à l'étude de Salomaa et al [7], de Koyi et al [9] et de J. Virally et al [10] mais reste comparable aux données publiées dans la série de Marianne Bjerager [8] et de El Ouazzani et al [11].

Notre étude avait démontré que le nombre des investigations diagnostiques répétées est un facteur de retard d'obtention de la confirmation ; en fait le diagnostic était plus tardif pour les patients dont le résultat histologique initial était non concluant nécessitant ainsi de refaire la biopsie, dans le même ordre Marianne Bjerager [8] et Koyi et al. [9] retrouvent que le délai (médecin spécialiste, diagnostic histologique) était plus long pour les patients chez qui une investigation à visée diagnostique était répétée.

Le résultat négatif de la fibroscopie bronchique était une cause de retard supplémentaire durant l'étape diagnostic ; ceci a été observé dans notre série et dans celle de Devbhandari Mohan P. et al [12].

c- Délai d'accès au traitement

Le délai médian entre le diagnostic histologique et le traitement était de 21 jours, il est plus long par rapport à l'étude de J. Virally et al [10] (le délai médian était de 9 jours) et de Salomaa et al [30] (le délai médian était de 15 jours) alors qu'il est plus court par rapport à l'étude de El Ouazzani et al [7] (le délai était de 27 jours).

L'âge influence significativement le délai thérapeutique : dans notre étude ainsi que celle de INCa [13] les sujets âgés accèdent tardivement au traitement ceci peut être expliqué par le fait que ces patients avaient plus de comorbidités qui nécessitaient plus du temps pour l'équilibrer.

INCa [13] objectivait qu'en plus de l'âge, le stade TNM était un variable significatif de ce délai : il était plus court pour les stades avancés. El Ouazzani et al [11] retrouvait que ce délai était plus court pour les stades avancés, le type histologique CPC et pour la tumeur dont le moyen de confirmation histologique était la biopsie alors que l'âge n'avait aucun impact sur ce délai.

d- Délai global de prise en charge :

Sans pouvoir faire une comparaison directe avec les résultats de notre étude, d'autres études comme celle d'INCa [13] et de N. Leveque [14] rapportaient respectivement un délai médian de 45 jours et de 76 jours entre la première imagerie pathologique et le traitement, alors que El Ouazzani et al [11] retrouvait un temps médian de 160 jours entre les premiers symptômes et le traitement.

Yurdakul et al. [15] rapportent que le nombre élevé de médecins visités augmente significativement le délai global de prise en charge du CBP. Dans l'étude de INCa [13] le délai global dépend des circonstances de découvert et le stade TNM ce délai étant allongé dans le cadre d'un dépistage spontané et pour les stades

localisé. Dans la série de El Ouazzani et al [11] le délai global était influencé par le type histologique il était plus court pour le CPC. Dans la série de N. Leveque [14] le CPC et les stades avancés avaient une prise charge plus rapide par rapport au CNPC et les stades localisés.

2- implications dans la pratique clinique :

Les délais sont allongés du fait de l'attente entre les différentes étapes de la prise en charge ceci doit être amélioré afin de ne pas retarder le début du traitement, ce qui pourrait retentir par la suite sur la qualité de prise en charge globale au sein d'une structure hospitalière ; Ceci pourrait se faire par :

- Mettre en place un parcours de soin balisé « suspicion de cancer broncho pulmonaire » avec des recommandations à suivre pour la gestion des patients qui sont soupçonnés d'avoir un cancer du poumon. les médecins généralistes doivent être conscients de la faible sensibilité des radiographies thoraciques lors du diagnostic d'un cancer du poumon. Une plus grande attention pour les patients présentant des symptômes de faible valeur prédictive de cancer bronchique notamment pour la toux chronique.
- Etablir des lignes directrices de référence pour accélérer le renvoi des patients âgés chez qui le CBP est suspecté.

V. Conclusion

Les délais de prise en charge diagnostic du cancer broncho pulmonaire doivent être optimisés afin de ne pas retarder le début du traitement, ce qui pourrait aggraver la progression du cancer, le statut OMS du patient et son état psychologique. Ceci pourrait se faire en améliorant l'organisation des voies de parcours de soins de diagnostique par l'instauration des rapports nationaux et des référentiels à suivre, ainsi qu'une formation médicale continue sur ce problème de santé concernant une pathologie cancéreuse responsable d'une mortalité élevée, et d'un important coût de prise en charge, mettant le point sur l'augmentation de la probabilité diagnostic du cancer bronchique et la valorisation des symptômes à faible valeur prédictive notamment la toux chronique ; ainsi que l'amélioration des lectures de radiographies en assurant une large diffusion, avec plus de sensibilisation sur la situation d'urgence du cancer du poumon qui va aider à raccourcir d'avantages les délais.

References

- [1] World Health Organization. Globocan 2022 (Version 1.1) - 08.02.2024
- [2] Institut National Du Cancer.
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-De-Sante/Les-Chiffres-Du-Cancer-En-France/Epidemiologie-Des-Cancers/Les-Cancers-Les-Plus-Frequets/Cancer-Du-Poumon>.
- [3] British Thoracic Society: Bts Recommendations To Respiratory Physicians For Organising The Care Of Patients With Lung Cancer: The Lung Cancer Working Party Of The Bts Standards Of Care Committee. Thorax 1998;53(Suppl.):S1—S8.
- [4] Etienne Giroux Leprieur, Sylvie Labrune, Violaine Giraud, [Et Al] Delay Between The Initial Symptoms, The Diagnosis And The Onset Of Specific Treatment In Elderly Patients With Lung Cancer Clinical Lung Cancer September 2012 , Vol. 13, No. 5, P 363-368
- [5] Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G,[Et Al]. Effect Of Delays On Prognosis In Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. Thorax 2004;59:45—9.
- [6] Simunovic M, Gagliardi A, McCreedy D, [Et Al]. A Snapshot Of Waiting Times For Cancer Surgery Provided By Surgeons Affiliated With Regional Cancer Centres In Ontario. Can Med Assoc J 2001;165:421—5.
- [7] Salomaa E, Sallinen S, Hiekkanen H, Liippo K. Delays In The Diagnosis And Treatment Of Lung Cancer. Chest 2005;128:P 2282—2288.
- [8] Marianne Bjerager. Dr.Med.Sci. Delay In Diagnosis And Treatment Of Lung Cancer. The Medical Phd. Faculty Of Health Sciences, University Of Aarhus Denmark . 2006
- [9] Hirsh Koyi , Gunnar Hillerdal , Eva Brande. Patient's And Doctors' Delays In The Diagnosis Of Chest Tumors. Lung Cancer 35 (2002) P 53—57
- [10] J. Virally, L. Choudat, M. Chebbo, R. Sartene, [Et Al]. Épidémiologie Et Délais De Prise En Charge De 355 Patients Atteints De Cancer Bronchique. Revue Des Maladies Respiratoires 2006 ; 23 :P 43-8
- [11] H. El Ouazzani, I. Menchafou, L. Achachi, [Et Al]. Retard Diagnostique Du Cancer Bronchique Primitif.Étude Réalisée Dans Le Service De Pneumologie Du Chu Ibn Sina De Rabat (Maroc). Revue De Pneumologie Clinique (2010) 66,P 335—341
- [12] Mohan P. Devbhandari, Pauline Quennell, Piotr Krysiak, Rajesh Shah, Mark T. Jones. Implications Of A Negative Bronchoscopy On Waiting Times To Treatment For Lung Cancer Patient: Results Of A Prospective Tracking Study. European Journal Of Cardio-Thoracic Surgery 34 (2008) 479—483.
- [13] Étude Sur Les Délais De Prise En Charge Des Cancers Du Sein Et Du Poumon. Institut National Du Cancer – Juin 2012
- [14] N. Leveque, L. Brouchet, B. Lepagec , [Et Al] Analyse Des Délais De Prise En Charge Des Cancers Thoraciques : Etude Prospective Revue Des Maladies Respiratoires (2014) 31, P208—213
- [15] Yurdakul As, Kocaturk C, Bayiz H Et Al. Patient And Physician Delay In The Diagnosis And Treatment Of Non-Small Cell Lung Cancer In Turkey. Cancer Epidemiology 39 (2015): 216-221.