

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

Épidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif

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

MedWiki-DZ :

Épidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif

https://medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:epidemiologie_et_facteurs_de_risque_du_cancer_bronchique_primitif

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:34** - Imprimé le : **2026/02/06 08:55**



Table des matières

Épidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif	1
Épidémiologie et facteurs de risque du cancer bronchique primitif	3
1. Introduction	3
2. Épidémiologie descriptive	3
2.1. Sexe	3
2.2. Âge	3
2.3. Géographie	3
2.4. Variations temporelles	4
2.5. Répartition histologique	4
2.6. Mortalité	4
3. Épidémiologie analytique : facteurs de risque	4
3.1. Tabagisme	4
3.1.1. Tabagisme actif	5
3.1.2. Sevrage tabagique	5
3.1.3. Tabagisme passif	5
3.2. Facteurs professionnels	5
3.2.1. Amiante	5
3.2.2. Autres	6
3.3. Pathologies respiratoires	6
3.4. Expositions atmosphériques et domestiques	6
3.5. Radiations ionisantes	6
3.6. Susceptibilité génétique	6
3.7. Facteurs alimentaires	7
3.8. Cannabis	7
4. Conclusion	7

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 où 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, devant 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 noires de Louisiane (110/100.000H/an) ; 62 chez les Américains blancs, 52 en Europe

2. Pays en voie de développement :

- 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 bronchioloalvéolaires : 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 parmi 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 muqueuse 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** : épidermoïde 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, bêta-carotène (précurseur de la vit. A) et diminution du risque de cancer bronchique

3.8. Cannabis

- Contient : Tetrahydrocannabinol (THC), goudrons et CO
- Effet cancérogène 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
-