

Dr. D. TRIPODI 2009

LE CANCER DE L'ETHMOÏDE DÛ AU BOIS

*Analyse épidémiologique de
190 dossiers du Fond des
Maladies Professionnelles*

Dr E. DEUTCHOUA DJENGOUE
Médecine du Travail
SPMT

Dr E. Deutchoua Djengoué.

OBJECTIFS

EN BELGIQUE:

Absence de propositions réglementaires claires par rapport au:

- dépistage précoce
- suivi post-professionnel

ALORS QUE:

- diagnostic tardif
- pronostic sombre.

« Dépistage précoce, stade < T3, T4 -----> augmentation survie »
(Choussy 2001, Lietin 2006, Jakowski 2007, Gillard 2011)

OBJECTIFS:

- Proposer des actions de préventions
- Evaluer l'intérêt d'un dépistage précoce
- Promouvoir un suivi post-professionnel

Dr E. Deutchoua Djengoué.

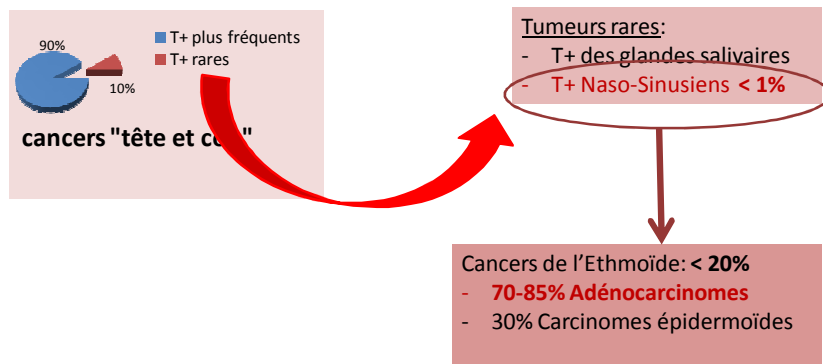
PLAN

- INTRODUCTION
- GENERALITES SUR LE CANCER DE L'ETHMOÏDE
- MATERIELS ET METHODES
- RESULTATS
- DISCUSSION
- ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN DIAGNOSTIC PRECOCE
- PREVENTION, DEPISTAGE PRECOCE ET SUIVI POST-PROFESIONNEL
- CONCLUSION

Dr E. Deutchoua Djengoué.

INTRODUCTION

▪ Cancers rares:



Dr E. Deutchoua Djengoué.

INTRODUCTION

- **Pronostic défavorable** < diagnostic tardif
- **Poussières de bois** = cancérogène gpe1 (CIRC 1995)
- **Incidence en Belgique** : **0,8/100000/an pour H**
0,1/100000/an pour F
- **Maladie professionnelle** (liste, code **2.306.01**)
- **VLEP** : **3mg/m³** de poussières inhalables sur 8h

Dr E. Deutchoua Djengoué.

GENERALITES

1) LE CANCER DE L'ETHMOÏDE

Effets Poussières de B sur la santé:

- . Irritations et eczéma de contact
- . Manifestations ORL et Oculaires
- . Asthme et Fibrose pulmonaire
- . Les cancers

a) Épidémiologie

- Age moyen au diagnostic : **± 60 ans**
- Latence clinique: **1-36 mois**
- Sexe ratio: **H >> F (80-100%)**
- Diagnostic tardif (**stades T3, T4**)
- Affecte les travailleurs de bois (**ébéniste, menuisier**)
- Origine: **Ethmoïde siège avant 2007**
Fente olfactive depuis 2007

Dr E. Deutchoua Djengoué.

b) Facteurs étiologiques

- **Poussières de bois** (facteurs principal)
 - Tanin, colles des bois.....
- **Autres:** Nickel, Chrome, Cuir, Industrie textile
- Rôle des additifs de conservation de bois
- La durée : 20 ans au moins (temps < 5 ans rapportés)
- l'intensité de l'exposition
- **Pas de lien avec tabac et alcool**

Dr E. Deutchoua Djengoué.

c) Le rôle du bois

- Toutes les essences de bois ("*hardwood*", "*softwood*")
- Particules < 10µm
- Plus les poussières sont fines plus elles sont nocives.*
- Type d'opération: sciage, ponçage....
- Poste de travail: menuisier, ébéniste....

Cancérogène:

- **Action chimique** liée à la teneur en tanin ...
- **Action mécanique** par effet irritatif des poussières sur la muqueuse
 - Mutation de TP 53 + surexpression prot COX2
 - Mutation du gène K-ras

Dr E. Deutchoua Djengoué.

d) Signes fonctionnels révélateurs

- **Au stade précoce** : Obstruction nasale, épistaxis spontanée unilatérale, rhinorrhée muco-purulente...

Le caractère **banal** et **unilatéral**

- **Tardifs** : diplopie, larmoiement, exophtalmie, syncope

-----> **extension locorégionale**

Adénopathies cervicales (rares)

Métastase osseuse, cérébrale, pulmonaire

-----> **extension à distance**

Dr E. Deutchoua Djengoué.

e) Bilan d'extension

- Endoscopie nasale
- Imagerie
- Examen anatomopathologique

f) Traitement

- Chirurgie
- Radiothérapie
- chimiothérapie

Dr E. Deutchoua Djengoué.

MATERIELS

- 190 dossiers du FMP
- Données des dossiers médicaux des travailleurs
- **Un seul critère d'inclusion**: demande de réparation d'une maladie professionnelle sur le code **2.306.01**

« Affections cancéreuses des voies respiratoires supérieures provoquées par les poussières de bois »

Dr E. Deutchoua Djengoué.

METHODES

- **Etude rétrospective**
- **Données recueillies:**
 - Caractéristiques du patient
Date de naiss, sexe, âge au moment de l'exposition, profession, durée de l'exposition, date du diagnostic, ...
 - Caractéristiques de la maladie
symptômes, année de déclaration, spécialité qui déclare..
 - Bilan radiologique
biopsie, stade TNM
 - Évolution et décision du FMP

Dr E. Deutchoua Djengoué.

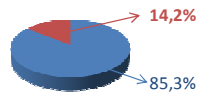
QUESTIONS < objectifs

- Quel est le délai de survenu après le début de l'exposition; après les 1^{er} signes cliniques?
- Vitesse de croissance de la tumeur?
- Les longues expositions sont-ils plus fréquents dans les stades avancés?
- Existe-t-il une relation entre délai « début signes clinique-diagnostic » et importance de la tumeur?
- Symptômes les plus alarmants attirent-ils plus l'attention?
- Impact pour le pronostic de la classification TNM?
- Bénéfice attendu d'un diagnostic précoce?.....

Dr E. Deutchoua Djengoué.

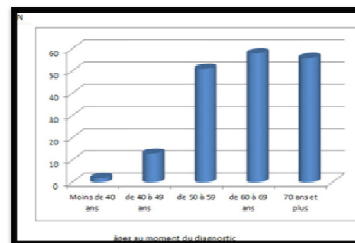
RESULTATS

- 100% HOMMES



- 162 Néerlandophones
- 27 Francophones

- Age moyen au diagnostic (histog: **63,3 ans (29-86)**)



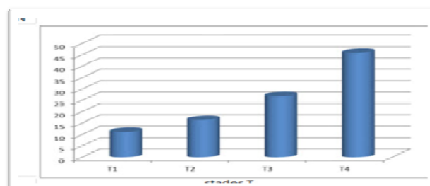
- Durée moyenne exposition: **26,3 ans (1- 49 ans)**
- Délai moyen entre début expo-diagn: **42,5 ans**
- **31 patients encore exposés au moment de l'étude**
- Age moyen au début de l'exposition: **20,9 ans (14-64)**

Dr E. Deutchoua Djengoué.

▪ Spécialité du Méd introducteur de la déclaration

SPECIALITES	EFFECTIFS	%
ORL	96	50,5
Radiothérapeutes	35	18,4
Chirurgiens (tête et cou)	15	7,9
Internistes	13	6,9
Généralistes	12	6,3
Médecins Conseil	6	3,2
Médecins du Travail	7	3,7
Neurochirurgiens	2	1,05
Missing	4	2,1
Total	190	100

▪ Répartition selon le stade T



17 au stade T1 (11,11%)
25 au stade T2 (16,33%)
41 au stade T3 (26,8%)
70 au stade T4 (45,8%)

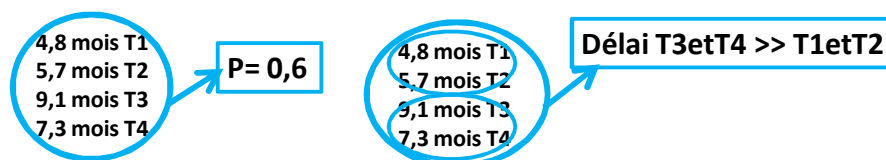
Dr E. Deutchoua Djengoué.

RESULTATS (suite)

- Relation significative entre le délai "début expos-diagn" et stade T au diagnostic. ($P = 0,028$)

*Les proportion T3/T4 augmentent avec ce délai
>>> T+ évoluant à bas bruit*

- Délai moyen d'apparition des sign cliniq : **7,1 mois** (1-115)
(4,8 pr T1. 5,7 pr T2. 9,1 pr T3. 7,3 pr T4).



>>> Idée sur la rapidité de croissance de ce type de cancer.

Dr E. Deutchoua Djengoué.

RESULTATS (suite)

- Plus long est le délai entre l'apparition des signes cliniq-diagnostic, plus élevés les T3/T4 avec
P = 0,00001 symptômes ophtalmo
P = 0,026 symptômes neuro

Symptômes alarmants = extension locorégionale import.

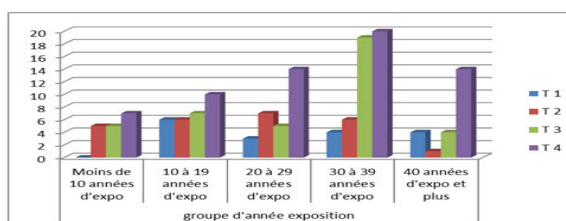
- Pas de relation entre l'âge au moment du diagnostic et l'ampleur de la Tumeur (**P = 0,54**)

La taille de la tumeur est indépendante de l'âge du travailleur au moment du diagnostic.

Dr E. Deutchoua Djengoué.

RESULTATS (suite)

- Pas de relation significative entre la durée de l'exposition et le stade T. (**P = 0,214**)



Durée expo par grpe d'âges en fonction de T

Visuellement, la tendance est là!

Globalement, les tumeurs avancées ont tendance à être diagnostiquées chez les sujets longtemps exposés

Dr E. Deutchoua Djengoué.

RESULTATS (suite)

- Signes cliniques

Rhinologiques: obst nasales unilat : **58,7%**

épistaxis: **48,9%**

rhinorrhée, anosmie, sinusite...

Ophtalmologiques: diplopie, exophtalmie.....

Neurologiques: céphalées, trble comportement..

- Relation significative entre le temps d'apparition des signes cliniques et le décès (**P = 0,0024**)

Au plus tard apparaissent les symptômes, plus tard est posé le diagnostic et plus élevé sera le taux de mortalité (lésions avancées)

ié.

RESULTATS (suite)

Fréquences de Récidives, Métastases, Décès en fonction de T

STADES TUMORAUX	T1	T2	T3	T4	MISSING	TOTAL
RECIDIVES	3	5	6	27	6	47 (27%)
METASTASES	3	1	7	16	5	32 (22%)
DECES	6	5	13	46	6	76 (40%)

- **Taux de mortalité :**

26,2% pr stades T1/T2

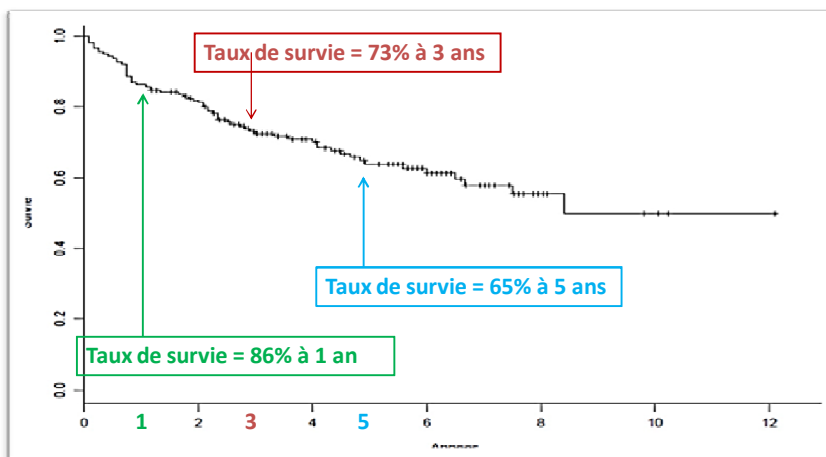
53,2% pr stades T3/T4

- Relation statistiquement significative entre la latence "diagnostic-décès" en fonction du stade T (**P = 0,0002**) (délai "récidive-décès" également court pour T3 et T4)

Confirme l'évolution défavorable des lésions diagnostiquées à un stade avancé (T3, T4) >>> impact pronostique de TNM

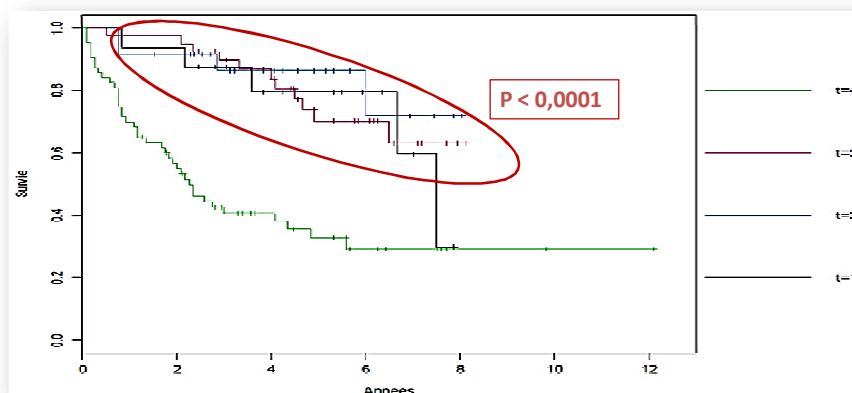
Dr E. Deutchoua Djengoué.

Survie globale tous stades confondus: (moyenne **27,3 mois**)



Courbe de survie globale (Kaplan-Meier)

Dr E. Deutchoua Djengoué



Courbe de survie en fonction de T

Diff statistiquement significative de survie entre les stades T1/T2/T3 groupés et le stade T4 ($p < 0,0001$)
 En regr T1/T2 et T3/T4, survie à 5ans, **82% T1/T2** et **46% T3/T4**

Dr E. Deutchoua Djengoué.

▪ Conclusion du FMP

- 169 (89%) cas indemnisés
- 16 (8,5%) rejets : - pas de lien avec la pathologie
 - localisation aspécifique
 - pas de preuves suffisante
 - pas de preuve de malignité
 - pas de preuves d'exposition
 - exposé à l'étranger
 - histologie
- 5 cas étant perdus de vue

Dr E. Deutchoua Djengoué.

DISCUSSION

- diff de % entre F et N
 - diff nbr de travailleurs exposés au risque
 - diff répartition entreprises de bois
- diff de % ORL (50,5) et Med du T (3,7; Med G 3,6)
 - banalisation des signes précoces par les patients!
 - >> *sensibilisation du personnel médical à tous les niveaux*
 - apparition de cancer à un certain âge (retraite)!
 - >> *Méd du T ne voit que les travailleurs encore exposés*

Méd du T a-t-il une "chance" de détecter ce cancer?

Dr E. Deutchoua Djengoué.

Résultats conformes à ceux de la littérature.

- Age moyen: 63 ans (**63 Fontana, 57 Moreau**)
- 100% H (**100% Fontana, 39/1 Jegoux**)
- Durée moyenne expo 26,3 ans (**24 ans Moreau**)
- Cas d'ADC pour des expositions de courtes durée
- 72,5% de T3 et T4 au diagnostic (**80% Stoll**)
- La grande % de l'obstruction nasale unilatérale
- Fortes proportion: ébénistes et menuisiers
- T+ évolue à bas bruit, Igtps asymptomatique, et apparemment de croissance rapide (délai 1ers signes)

Dr E. Deutchoua Djengoué.

- Taux récidives 27%: (**27% Stoll, 24% Moreau**)
 - Taux métas 22,2%: (**30% Moreau, 21% Beust**)
 - La ≠ entre de survie stades T1/T2 et T3/T4
- Intérêt pronostic de séparer ces deux groupes***
- Survie à 5 ans 65% (**63,40 Jegoux, 60% Claus**)

Dr E. Deutchoua Djengoué.

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN DIAGNOSTIC PRECOCE

- Signes banals > retardent la 1ere consult:
- Symptômes précoces banalisés par travailleur et/ou Masqués par 1 rhinite chronique d'empoussiérage*
- Symptômes alarmants = extension locoreg (prédomin signes neuro, ophtal. chez T3 etT4)
- T+ avancées diagn. chez sujets longtemps exposés
- Augmentation du temps de latence "début expos-diagnostic" en fonction du stade T >>>> *augmentation % T3/T4*
- La survie T1/T2 > T3/T4

Dr E. Deutchoua Djengoué.

PREVENTION, DEPISTAGE PRECOCE ET SUIVI POST-PROFESSIONNEL

1) PREVENTION

- Evaluer l'exposition des travailleurs (degré et durée d'exposition)
- Isolement du poste polluant.
- Prévention collective: Aspiration à la source, ventilation
- Prévention individuelle: Port de masques respiratoires.
- Contrôle régulier du respect de la VLEP (1x/an organ. agréée)
- Formation et information des travaill.eurs exposés
- Nettoyage régulier des locaux
- Lavage nasale au sérum physio (en fin de journée)

Rôle du Médecin du Travail!

Dr E. Deutchoua Djengoué.

2) DEPISTAGE PRECOCE ET SUIVI MEDICAL

▪ Deux signes d'alerte:

- Atteinte unilatérale : **obstr. nasal, épistaxis**
- Obstr. nasale persistante, ou aggravation de symptômes naso-sinusiens déjà connus.

▪ Rôle du Médecin du travail lors des visites médicales

- Recenser l'ensemble des travailleurs concernés
- Rechercher tte symptomatologie évoquant un processus T+
Si présent >>> consultation spécialisée.
- Mettre à disposition du travailleur des doc. d'infos.
- Enregistrer toutes données d'exposition au bois.

Dr E. Deutchoua Djengoué.

SUIVI POST-PROFESSIONNEL

En Belgique,

- la surveillance de santé prolongé (SSP) **Art 38 chap IV du RGPT** = examen médical de prévention
- Avis n° 152 du conseil supérieur sur la SSP (2010)
existence : obstacles pratiques, théoriques

>>>> A priori, aucune recommandation sur une méthodologie particulière visant à optimiser le suivi médical dans le cadre d'un dépistage précoce ou d'un suivi post-prof n'est disponible.

>>>> l'intérêt de la mise en place d'un dépistage systématique des travailleurs exposés et le suivi post-prof doit être discuté

oué.

En France, protocole de dépistage : consult ORL +nasofibro

En Belgique?

- Etablir des recommandations visant à:
 - Actualiser les données de la législation
 - Actualisé les propositions du Conseil supérieur
 - Pr un suivi annuel du travail exposé
- >>> établir un protocole spécifique de suivi*
- Littérature >> suivi ORL avec nasofibrosopie
- Rendre visite médicale post-prof obligatoire?
- Visite médicale de départ à la retraite?
- Dvlpmt de programme pour indépendant à risque(!)

Dr E. Deutchoua Djengoué.

CONCLUSION

- ADC ethmoïde = pathologie redoutable
- Encore diagnostiqué à un stade tardif
- Pas de lien avec le tabac
- Sa longue latence clinique explique les diagnostic tardifs et justifie une surveillance attentive des sujets à risques (sensibilisation des Med du Travail et autres professionnel de la santé à la prévention)
- Consensus de dépistage précoce et de suivi post-professionnel est nécessaire.
- L'information des travailleurs de bois par le MdT et les MT demeure essentiel (symptômes + consultation spécialisé si persistances)

Dr E. Deutchoua Djengoué.

Merci de votre attention

Dr E. Deutchoua Djengoué.