

ARTICLE ORIGINAL

LES CANCERS COLORECTAUX A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE DE N'DJAMENA. A PROPOS DE 60 CAS

COLORECTAL CANCERS AT N'DJAMENA NATIONAL REFERENCE HOSPITAL. ABOUT 60 CASES

O CHOUA¹, MM ALI², S SIDI¹, AM RABO¹, MO AHMAT¹, K MOUSSA¹, M KABORO¹, M ANOUR²

1Département de Chirurgie.

2Département de Médecine.

Faculté des Sciences de la Santé Humaine, Hôpital Général de Référence Nationale BP 130 N'Djaména, Tchad.

RÉSUMÉ

Introduction: Les cancers colorectaux sont de plus en plus décrits en Afrique. Le but de ce travail est de rapporter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et pronostiques d'une série de 60 cancers colorectaux pris en charge à l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'Djaména.

Matériels et Méthodes: Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sur 60 patients reçus à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména pendant la période du 1/01/2005 au 31/12/2011 pour cancer colorectal. Le diagnostic était dans tous les cas confirmé par l'examen histologique.

Résultats: Il s'agissait de 36 hommes (60%) et 24 femmes (40%) soit un sex ratio de 1,5. L'âge moyen était de 42,8 ans (extrêmes : 25ans et 76 ans). Les symptômes les plus retrouvés étaient : les troubles du transit, la rectorragie, une occlusion intestinale et une masse abdominale. La durée moyenne des symptômes était de 13,3 mois. La néoplasie siégeait dans le sigmoïde dans 23 cas (38,8%), 16 fois dans le colon ascendant (26,6%), 3 fois dans le colon descendant (5%) et 2 fois dans le transverse (3%). La néoplasie était rectale dans 16 cas. Le stade était déterminé dans 42 cas: 1 cas (2,4%) stade I; 11 cas stade II (26,6%); 14 cas stade III (33,3%) et 16 fois stade IV (38,1%). Le traitement était palliatif dans 55% des cas. Histologiquement il s'agissait d'adénocarcinomes dans 98,3% des cas. La morbidité était de 40%. La médiane de survie était de 11 mois pour les cancers du rectum et 19 mois pour les cancers du colon. La survie à 5 ans était nulle pour les néoplasies rectales, et de 12% pour les cancers du colon.

Conclusion: le cancer colorectal est une pathologie bien présente dans le service de chirurgie de l'Hôpital général de Référence Nationale de N'Djaména. Son diagnostic est souvent tardif à cause de ses symptômes non spécifiques. La prise en charge souffre du manque de traitements adjuvants.

Mots clés: cancers colorectaux-Tchad-Epidémiologie-Traitement-Pronostic

SUMMARY

Introduction: Colorectal cancers are increasingly described in Africa. The purpose of this study was to report the epidemiological, clinical and prognostic of a series of 60 colorectal cancers supported in N'Djamena.

Patients and Methods: This was a cross-sectional descriptive study of 60 patients seen at Hôpital Général de Référence Nationale in N'Djamena, Chad during the period from 1/01/2005 to 31/12/2011 for colorectal cancer. The diagnosis was in all cases confirmed histology.

Results: These were 36 men (60%) and 24 women (40%) a sex ratio of 1.5. The mean age was 42.8 years (range 25 years to 76 years). Most symptoms were founded: transit disorders, rectal bleeding, intestinal obstruction and abdominal mass. Their average duration was 13.3 months. The tumor sitting was in the sigmoid in 23 cases (38.8%), 16 times in the right colon and the rectum (26.6%), 3 times in the left colon (5%) and 2 times in the transverse (3%). The stadium was determined in 42 cases: 1 case (2.4%) stage I; 11 stage II cases (26.6%); 14 patients with stage III (33.3%) and 16 patients had stage IV (38.1%). The treatment was palliative in 55% of cases. Histology reported 98.3% of adenocarcinoma. Morbidity was 40% represented by perioperative complications. Median survival was 11 months for rectal cancer and 19 months for colon cancer. Five years survival was nil for rectal cancer and 12% for colon cancer.

Conclusion: Colorectal cancer is an effective in N'Djaména, Chad. Its diagnosis is often delayed because of non specific symptoms. Adjuvant treatments are lacking

Keywords: Colorectal cancers-Chad-Epidemiology-Treatment-Prognosis.

Tirés à part

Dr ChouaOuchemi,

E-mal: choualori@hotmail.com

INTRODUCTION

Le cancer colorectal constitue la 5ème cause de décès pour cancer en Afrique de l'Ouest après le cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate et du foie[1].Le taux d'incidence varie de 3,4/100000 habitants par année au Nigeria, à 35,8/100000 dans le Connecticut, aux Etats-Unis[1].C'est en Afrique que les taux d'incidence les plus faibles sont enregistrés en raison selon certains auteurs d'une faible incidence des polyposes coliques, qu'elles soient familiales ou non[1-2].D'autres chercheurs soulignent cependant que le nombre absolu des cas est en train de s'accroître, probablement à cause de l'augmentation de l'espérance de vie, et peut être par l'occidentalisation des habitudes alimentaires [1,3].Histologiquement, 95% des cancers colorectaux sont des adénocarcinomes et la fréquence de distribution des cancers dans les différents segments de l'intestin est très variable [4]. Cette fréquence est par ailleurs inégalement répartie dans le monde. En effet, dans les régions à forte incidence de cancers colorectaux, moins de 35% des cancers sont situés dans le rectum, tandis qu'en Afrique subsaharienne 51,5 % à 62 % sont situés dans le rectum [1, 4-5] et 78% d'entre eux à la portée du toucher rectal [5].

Nous rapportons les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et la prise en charge d'une série hospitalière de cancers colorectaux à N'Djaména.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive des cancers du côlon et du rectum pris en charge à l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'djaména, au Tchad. La période d'étude allait du 01 Janvier 2005 au 31 Décembre 2011 soit 7 ans. La confirmation histologique a été obtenue dans tous les cas. A cause de l'indisponibilité d'un laboratoire d'anatomie pathologique, toutes les pièces ont été analysées dans les laboratoires de référence en Afrique et en Europe. Les examens diagnostics et le bilan d'extension comprenaient ; une coloscopie ou un lavement baryté du colon, une Rx Thorax et une échographie abdominopelvienne systématiques. Une TDM thoraco-abdominopelvienne n'était réalisée qu'à partir de Janvier 2011. Des marqueurs tumoraux, seul l'ACE pouvait être dosée selon la disponibilité du laboratoire. Les paramètres étudiés comprenaient les données épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Nous avons utilisé la classification TNM.

Un suivi semestriel a été fait jusqu'à 2 ans après l'opération, comportant une échographie abdominale, une radiographie du thorax et un bilan biologique (PAL, ACE). A partir de la deuxième année le suivi était annuel jusqu'à 5ans. La médiane de survie et la survie globale à 3 ans et 5 ans étaient estimées par le logiciel SPSS22 qui permettait d'établir des courbes de survie de Kaplan-Meier.

RÉSULTATS

Soixante patients ont été pris en charge sur 7 ans, soit une moyenne de 8,57 cas / an. Il s'agissait de 36 hommes (60%) et 24 femmes (40%), soit un sex-ratio de 1,5. L'âge moyen des patients était de 42,8 ans (extrêmes 25 ans et 76 ans). Dix sept patients (28,3%) avaient moins de 40 ans. La durée moyenne des symptômes était de 13,3 mois; il était respectivement de 16,7 mois pour le colon droit et le transverse, 10,8 mois pour le colon gauche et 12,6 pour les cancers du rectum. Le tableau I résume les signes cliniques des cancers colorectaux.

Tableau I: signes cliniques des 60 cas de cancers colorectaux

	n
Trouble du transit	57
Rectorragie	33
Masses abdominales	27
Masses rectales	20
Ascite	07
Occlusion intestinale	32

Le diagnostic a été évoqué après la réalisation d'examens complémentaires, notamment la coloscopie dans 17 cas (28,3%) et un lavement baryté dans 11 cas (18,4%) ou en péroopératoire dans 32 cas (53,3%). La radiographie du thorax a été effectuée dans tous les cas, tandis qu'un scanner thoraco-abdomino-pelvien était réalisé dans 6 cas, et un scanner abdomino pelvien dans 2 cas. Une échographie abdominale a été réalisée 48 fois en préopératoire, et 12 fois dans l'immédiat postopératoire, avant la sortie des patients. Le tableau II reporte le siège des cancers colorectaux. Cinquante-neuf (59) patients ont été opérés: 33 ont eu une chirurgie palliative (55%), et 26 (43,3%) une chirurgie curative. Une patiente (1,7%) a refusé d'être opérée. Les types d'interventions chirurgicales réalisées sont résumés dans le tableau III.

Tableau II: siège des cancers colorectaux.

	n	%
Sigmoïde	23	38,3
Colon droit	16	26,6
Colon gauche	03	5
Transverse	2	3,3
Rectum	16	26,6

Tableau III: types d'interventions chirurgicales et intention à traiter.

	Chirurgie palliative (n)	Chirurgie curative (n)
Colostomie iliaque gauche	17	
Résection segmentaire du colon	10	5
Hémi-colectomie droite	3	10
Hémi-colectomie gauche	4	
Résection antérieure du rectum	4	
Iléo-transversostomie	3	
Amputation abdomino-périnéale (Miles)	3	
Total	44	15

Pour les cancers du côlon, la chimiothérapie a été adjuvante dans 7 cas et palliative dans trois. Elle était à base de l'association 5-fluorouracile et acide folinique. Elle n'était pas toujours complète à cause de l'indisponibilité des produits ou de leur coût. Une radio-chimiothérapie adjuvante postopératoire pour les cancers du rectum a été réalisée dans 3 cas. Tous ces cas furent pris en charge au Soudan, après leur intervention initiale dans nos services car la radiothérapie n'était pas disponible au Tchad. Du point de vue histologique, il s'agissait d'adénocarcinomes lieberkühniens dans 59 cas (98,3%) et d'un lymphome malin dans un cas (1,7%). Le grade histologique était déterminé dans 39 cas et reportait: la variété histologique bien différenciée dans

27 cas, moyennement différencié dans 9 cas, et indifférencié dans 3 cas.

La classification cTNM a pu être établie dans 42 cas; il est reporté dans le tableau IV.

Tableau IV: classification de 42 adénocarcinomes colorectaux.

	n	%
I	1	2,4
II	11	26,2
III	14	33,3
IV	16	38,1
Total	42	100

Les complications postopératoires étaient présentes dans 40% des cas. Elles comprenaient : 19 suppurations de la paroi abdominale et 2 suppurations périnéales après intervention de Miles. Trois fistules anastomotiques après résection du rectum et un prolapsus de colostomie iliaque gauche étaient également reportées. Le séjour hospitalier moyen était de 14,6 jours.

La médiane de survie était de 11 mois pour les cancers du rectum et 19 mois pour les cancers du colon. La survie globale à 3 ans était de 10% pour les cancers du rectum et 12% pour les cancers du colon. La survie à 5 ans était nulle pour les néoplasies rectales, et de 12% pour les cancers du colon. Sept patients étaient perdus de vue après un suivi moyen de 7,2 mois. Cinq récidives étaient retrouvées; deux récidives pelviennes et rectales de cancers du rectum et 3 récidives péritonéales et pelviennes de cancers du colon gauche. Les récidives étaient découvertes lors de réinterventions en urgence pour occlusion intestinale.

DISCUSSION

Contrairement à ce qui se dit sur la rareté du cancer colorectal dans notre continent, beaucoup de séries africaines rapportent une incidence hospitalière de 5 à 25 cas par an [1, 6-7]. La nôtre est de 7,5 cas par an. La particularité de notre série comme celle de beaucoup de travaux africains est le jeune âge des patients ; 42,8 ans en moyenne. L'âge moyen est de 41 ans au Nigeria, 45,2 au Mali, 48 ans au Gabon [1, 8-9]. Dans les séries occidentales la classe d'âge de prédilection est à partir des 60 ans [2, 3]. Le jeune âge est plus marqué pour les cancers du rectum où nous retrouvons un âge moyen de 38 ans. Le même constat

est rapporté ailleurs en Afrique [1, 6-9]. Globalement les sujets de la classe d'âge de 30-40 ans constituent de 4,2 à 47,6 % des porteurs de néoplasies colorectales en Afrique [7,9]. D'aucuns décrivent même des cancers colorectaux chez les moins de 30 ans dans 14% à 33% des cas [1, 11-12]. Il s'agit de cancers colorectaux sporadiques, sans polyposes ou prédispositions familiales reconnues. Selon la littérature, certaines formes de cancers colorectaux sporadiques chez les jeunes noirs africains dépendraient de mutations génétiques, notamment de l'allèle P27 impliqué dans l'instabilité microsatellitaire[13]. Cette mutation expliquerait également la prévalence histopathologique des formes colloïdes et la grande activité proliférative [14]. Ce dernier aspect n'a pas été étudié dans notre série à cause de la diversité des sites de lecture des pièces histologiques, du coût des examens, mais aussi parce que la biologie moléculaire n'est pas disponible partout en Afrique.

En ce qui concerne le siège, nous avons retrouvé une prédominance des cancers du sigmoïde dans 38,3% des cas. Les cancers du côlon droit et du rectum avaient une fréquence de 26,6% chacun. La localisation varie selon les séries ; au Mali et au Maroc, des chercheurs signalent une égale fréquence de cancers coliques droits et du rectum[8,10]. En général, ce sont les cancers du sigmoïde et du rectum qui prévalent [4, 10,14]. Cela pourrait dépendre d'une diverse action des facteurs environnementaux sur l'activité oncogène des différentes muqueuses[12].

La symptomatologie aspécifique faite de douleurs abdominales, de masses abdominales ou rectales à plus ou moins lente évolution retarde la consultation hospitalière. Le délai moyen à la consultation a été de 13,3 mois dans notre série. Il est plus marqué pour les cancers du côlon droit et du rectum. De même, nous retrouvons des cancers du rectum traités pendant longtemps pour "hémorroïdes" à cause d'une rectorragie au long cours. Le délai de diagnostic, facteur pronostic connu reste dramatiquement long en Afrique[1,6-9,12]. En occident, grâce aux campagnes de screening, il varie de deux à 6 semaines [15].

Le retard du diagnostic semblerait être incriminé dans

la très grande fréquence des stades avancés de cancers colorectaux selon la classification TNM que nous avons pris en charge. Le même constat est fait ailleurs en Afrique[1,6-9, 14-16]. Un autre élément de mauvais pronostic est le traitement en urgence, pratiqué dans 53,3 % de nos cas. Cette fréquence semble plus élevée que celle reportée par Konaté et al, Sawadogo et al, Arfaoui et al [4,15-16]. Cela pourrait dépendre du fait que notre site de recrutement est l'hôpital de référence à N'djaména, et centralise les urgences chirurgicales soignées gratuitement. La variété histologique d'adénocarcinomes lieberkühniens est représentée 98,3% des cancers colorectaux comme retrouvé en littérature [1,6-16].

En ce qui concerne les cancers chez les moins de 40 ans (28% de nos cas), il est démontré qu'à parité de stade, le pronostic n'est pas influencé par l'âge [17-18]. De même, beaucoup de nos patients sont perdus de vue, ce qui altère les données du suivi à long terme. Le manque de traitements adjuvants par l'indisponibilité de médicaments et de centres spécialisés de prise en charge limite sûrement le pronostic. Aucun traitement néo adjuvant n'est pratiqué pour les cancers du rectum de cette série. Il est pourtant démontré que pour les cancers du bas et du moyen rectum localement avancés cT3-T4 ou N+M0, la radiochimiothérapie préopératoire reste le traitement de référence [18-19]. Le suivi de nos patients est clinique et radiologique, sans le dosage des marqueurs tumoraux réputés essentiels dans cette phase [20]. Par ailleurs aucun diagnostic de biologie moléculaire n'a pu être réalisé dans toute la série, alors qu'il est fort utile dans la détermination des anomalies génétiques[18,20].

CONCLUSION

Le cancer colorectal n'est pas aussi rare qu'on le croit dans notre pratique clinique à N'Djaména. Il concerne une population beaucoup plus jeune que celle retrouvée dans les pays à forte incidence et le retard du diagnostic est important. Le traitement est souvent palliatif et le manque de traitements adjuvants est criard.

RÉFÉRENCES

1. Irabor DO. Colorectal carcinoma: Why is there a lower incidence in Nigerians when compared to Caucasians? *J Cancer Epidem* 2011; V: 1-5.
2. Cappell M. Colon cancer screening, surveillance, prevention and treatment: Conventional and novel technologies. *Med Clin North Am* 2005; 89:11-3.
3. Sack J, Rothman JM. Colorectal carcinoma: natural history and management. *HospPhysician* 2000; 36: 64-73.
4. Calgarella A, Crocetti E, Messerini L, et al. Trends in colorectal incidence by anatomic subsite from 1985–2005: A population based study. *Int J Colorectal Dis* 2013; 28:637–641.
5. Naaeder SB, Archampong EQ. Cancer of the colon and rectum in Ghana: A 5-year prospective study. *Br J Surg* 1994; 81:456–459.
6. Konate I, Sridi A, Ba PA, Cissé M, Gaye M, Toure FB, et al. Etude descriptive des cancers colorectaux à la clinique chirurgicale du CHU Aristide de Le Dantec de Dakar. *J Afr Cancer* 2012;4:1-5.
7. Takongmo S, Essame-Oyono JL, Binam F, Sadou, Malonga EE. Les cancers colo-rectaux du sujet de moins de 40 ans à Yaoundé: des particularités anatomo-cliniques ? *Méd d'Afr Noire* 2000;47(2):101-104.
8. Gaudre N, Ly M, Badiaga Y, Dembele A K, Bathily M, Kone A, et al. Particularités épidémiologiques et cliniques du cancer colorectal dans le service d'hémathologie oncologie médicale du Point G de Bamako au Mali de 2005 à 2013 : 113 cas. *Mali Med* 2013 ; 28(3):32-6.
9. Diallo Owono FK, Nguema Mve R, Ibaba J, et al. Epidemiological and diagnostic features of colorectal cancer in Libreville Gabon. *Med Trop* 2011; 6:605–7.
10. Fadlouallah M, Benssoubeir N, Errabih I, Krami HE, Ahallat M, Ouazzanil, et al. Colorectal carcinoma in patients younger than 40 years of age: about 40 cases. *J Afr Cancer* 2010; 2(5):112-115.
11. Elmasri SH, Boulos PB. Prognosis of colorectal carcinoma in Sudan. *Trop Geogr Med* 1976; 28: 187–90.
12. Irabor D, Arowolo A, Afolabi AA. Colon and rectal cancer in Ibadan, Nigeria: an update. *Colorectal Disease* 2009; 12: e43–e49.
13. Anderson WF, Umar A, Brawley OW. Colorectal cancer in black and white race. *Cancer Metastasis Rev* 2003; 22: 67–82.
14. Dakubo JCB, Naaeder SB, Tetey Y, Gyasi RK. Colorectal Carcinoma: An Update of Current Trends in Accra. *West Afr J Med* 2010; 29 (3):178-183.
15. Korsgaard M, Pedersen L, Laurberg S. Delay of diagnosis and treatment of colorectal cancer. A population-based Danish Study. *Cancer Detection Prev* 2008; 32: 45-51.
16. Zare C, Ouédraogo MLN, Zida M, Sanon B, Ouangré E, Traoré SS. Les cancers du côlon à Ouagadougou : 53 observations. *Carcin Clin Afr* 2013 ; 12 (1-2) : 25-32.
17. Arfaoui A, Quyou A, Soulaymani A, et al. Cancer colorectal au Maroc. Etude rétrospective dans un centre d'oncologie à Rabat. *Med Maghreb* 2008; 156:37-43.
18. Dakubo JCB, Naaeder SB, Gyasi RK. Clinicopathological aspects of adenocarcinoma of the large bowel in a low incidence population. *J SurgOnc* 2014; 109:245–9.
19. Conroy T, Kieffer A, Peiffer D. Faut-il intensifier la prise en charge néoadjuvante des cancers du rectum localement avancés ? *Hépatogastro* 2014; 21:439-447.
20. Duffy MJ. Role of tumor markers in patients with solid cancers: A critical review. *Eur J Internal Med* 2007; 18: 175-84.