

# Les cancers du tube digestif en chirurgie viscérale au CNHU-HKM de cotonou

## The digestive tract cancers at the visceral surgery clinic of CNHU-HKM of cotonou

Oloriy-Togbe J-L<sup>1</sup>, Gbessi D G<sup>2</sup>, Akele Akpo M-T, Houngbe P, Ahannougbe C<sup>3</sup>, Padonou N, Bagnan O K.

### RESUME

**But :** il s'agit d'une étude menée dans le but d'analyser le profil épidémiologique, les aspects cliniques et thérapeutiques des cancers du tube digestif dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou.

**Méthode :** cette étude a été rétrospective sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2009.

**Résultats :** La fréquence hospitalière des cancers du tube digestif a été de 2,06%.

Il s'agissait de 98 sujets de sexe masculin (65,33%) et 52 de sexe féminin (34,67%) la sex-ratio est de 1,88.

L'âge moyen était de 51,67 ans avec des extrêmes de 20 et 80 ans.

Les localisations néoplasiques étaient par ordre décroissant de fréquence: l'estomac (34,67%), l'œsophage (30%), le rectum (14%), l'anus (12%) et le colon (9,33%).

Les principaux facteurs de risque ont été l'alcoolotabagisme pour le cancer de l'œsophage (33,33%), l'alcoolisme (36,5%) et l'infection à *helicobacter pylori* (21%) pour le cancer de l'estomac. Dans le cas du cancer de l'anus, la sérologie HIV était positive chez 12,5% des patients.

Les adénocarcinomes constituaient le type histologique le plus fréquent (54,67%) mais au niveau de l'œsophage et de l'anus les carcinomes épidermoïdes prédominaient

respectivement dans 80% et 66,7%. Les patients étaient tous vus au stade III ou IV selon la classification TNM.

Le traitement chirurgical était surtout palliatif (98,32%).

La mortalité péri-opératoire était de 21%.

La survie globale était de 4,54 % à 3 ans et 0% à 5 ans.

**Conclusion :** la fréquence des cancers du tube digestif en chirurgie viscérale au CNHU de Cotonou est par ordre décroissant celui de l'estomac, de l'œsophage, du rectum, du colon et de l'anus. Le stade d'arrivée des patients est souvent tardif. Leur traitement est plus souvent palliatif

**Mots-clés :** cancer du tube digestif ; épidémiologie ; diagnostic ; traitement.

### SUMMARY

**Purpose:** the purpose of this study was to analyze the epidemiologic profile, the clinical and treatment aspects of digestive tracts cancers at the visceral surgery clinic of CNHU-HKM of Cotonou.

**Method:** this retrospective study has been realized during ten years from 1st January 2000 to the 31st December of 2009.

**Results:** Digestive tract cancers frequency at the hospital was of 2.06%. They were 98 male patients (65.33%) and 52 female patients (34.67). Sex-ratio was 1.88.

The average age was 51.67 years with some extremes between 20 and 80 years of age.

1 - Clinique universitaire de chirurgie viscérale A CNHU Cotonou

2 - Unité d'Anatomie pathologie FSS/UAC Cotonou

3 - Clinique universitaire de Médecine interne CNHU Cotonou

The most touched socio-professional class was the manual workers with 30.49%.

Neoplastic localizations were in decreasing order: stomach (34.67%), esophagus (30%), rectum (14%), anal canal (12%) and colon (9.33%).

The principal factors of risk were alcoholism and smoking in cancer of esophagus case (33.33%), alcoholism (36.5%). In the anal cancers case, HIV serology was positive for 12.5% of patients.

The adenocarcinomas were the most frequent (54.67%) histopathological type and the majority of patients were seen at the stage III and IV according to the TNM classification.

The surgical treatment was especially palliative.

The global post surgical mortality was 21%.

The post surgical survival is 4.54% at 3 years and 0% at 5 years.

**Conclusion:** The frequency of the digestive tracts cancers in the visceral surgery department of the CHU-HKM is by order of frequent occurrence the stomach cancer, followed by the esophagus cancer, the colon cancer, the rectum and the anus. The patients often arrive late and the treatment is most of the time palliative.

**Key-Words:** digestive tract cancer- epidemiology-treatment.

## INTRODUCTION

Les cancers constituent de nos jours l'une des principales causes de décès de l'adulte et leurs fréquences pourraient augmenter de 50% dans le monde avec 15 millions de nouveaux cas en 2020 [1]. Les cancers les plus fréquents siègent au niveau du tube digestif à cause du contact direct de ce dernier avec les carcinogènes apportés par l'alimentation [2]. Leur prise en charge est pluridisciplinaire. Au Bénin, les consultations tardives couplées à l'insuffisance des moyens techniques rendent le diagnostic tardif et donc la prise en charge plus compliquées.

Le but de ce travail est d'analyser le profil épidémiologique, les aspects cliniques et la prise en charge thérapeutique des cancers du tube digestif dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale A et B du CNHU-HKM de Cotonou en vue d'une sensibilisation pour une prise en charge plus efficiente.

## PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2009. L'étude s'est déroulée dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale A et B (services de l'adulte) du CNHU-HKM de Cotonou.

Ont été inclus de façon exhaustive, les patients âgés de 15 ans et plus chez qui le diagnostic de cancer du tube digestif a été porté avec certitude ; ont été considéré comme cancers du tube digestif les lésions tumorales

malignes du tube digestif situées entre la bouche de Killian et l'anus. Tous les cas de tumeur du tube digestif dont la nature histologique n'était pas en faveur d'une tumeur maligne ou étaient imprécise ainsi que les cas où l'examen histologique manquait dans le dossier ont été exclus. Les variables étudiées ont été l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, les facteurs de risque, les antécédents, les signes cliniques et paracliniques, le compte rendu opératoire et l'évolution. L'analyse des données a été faite à l'aide des logiciels Excel et Epi info 3.5.

## RESULTATS

Du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2009 soit une période de 10 ans, 7 252 patients ont été hospitalisés dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale A et B du CNHU-HKM de Cotonou. Parmi eux, 182 l'ont été pour cancers du tube digestif dont 150 cas confirmés histologiquement soit une fréquence hospitalière de 2,06%. Les cancers de l'estomac venaient en tête avec 52 cas (34,67%) suivis des cancers de l'œsophage 45 cas (30%). Les cancers du rectum étaient en troisième position avec 21 cas (14%) suivis des cancers de l'anus avec 18 cas (12%). Venaient ensuite les cancers du côlon avec 14 cas (9,3%). Aucun cas de cancer du grêle n'a été observé.

Au niveau de l'œsophage, la portion thoracique était le siège la plus atteinte dans une proportion de 77,8% (n=35). L'autre était le siège le plus fréquent au niveau de l'estomac avec 51,9% (n=27). Le cancer siégeait préférentiellement sur le sigmoïde avec 28,6% (n=3) dans les cancers du côlon.

Le bas rectum était atteint dans 79,2% (n=16) dans les cas de cancer du rectum. Quant au cancer de l'anus, il siégeait préférentiellement dans le canal anal dans 77,8% (n=14).

Pour un tiers des patients l'âge était compris entre 50 et 59 ans.

L'âge moyen était de 51,67 ans avec des extrêmes de 20 et 80 ans. Il était de 55,46 ans pour le cancer de l'œsophage, 54,17 ans pour le cancer de l'estomac, 45,14 ans pour le cancer du côlon, 44,6 ans pour le cancer du rectum et 49,16 ans pour le cancer de l'anus.

Il s'agissait de 98 hommes contre 52 femmes soit une sex-ratio de 1,88.

Une prédominance masculine était observée pour chaque segment pris séparément.

Pour le cancer de l'œsophage, les facteurs de risque ont été précisés chez 35 patients dont 15 (42,8%) étaient alcoolo-tabagiques, 10 (28,5%) seulement tabagiques et 7 (20%) seulement alcooliques. S'ajoutent 2 cas d'œsophagites et 1 cas de mégaoesophage. S'agissant de cancers de l'estomac, les facteurs de risque ont été l'infection à *Helicobacter pylori* chez 11 patients soit 21% des cas et l'alcoolisme chez 19 patients soit 36,5% des cas. Pour les cancers du côlon, du rectum et de l'anus l'existence de polypes a été établie dans 4,8% des cas. Dans le cas de cancer de l'anus, 12,5% des patients étaient porteur du VIH.

Le délai entre le début des symptômes et la consultation se trouvait entre 0 et 5 mois pour la majorité des patients (58,7%), entre 7 et 12 mois pour 14,8% d'entre eux et entre 2 et 3 ans pour 26,5% des patients.

Les signes fonctionnels étaient dominés par la dysphagie pour le cancer de l'œsophage avec 100% (n=45) ; la douleur épigastrique était le signe prédominant dans les cancers de l'estomac avec 63,5% (n=33) ; une douleur abdominale mal systématisée prédominait dans les cancers du côlon avec 64,3% (n=9) ; quant aux cancers du rectum et de l'anus, la rectorragie prédominait respectivement dans 38,1% (n=8) et 55,8% (n=10) ;

La tumeur était palpée dans les cancers de l'estomac dans 32,6% (n=17) et dans 21,42% (n=3) dans les cancers du côlon. Le toucher rectal a été contributif dans 71,4% des cas (n=15) de cancer du rectum et 90% des cas (n=16) de cancer de l'anus.

L'endoscopie a été l'examen paraclinique le plus accessible aux patients. Dans les cancers de l'œsophage et de l'estomac, elle a été réalisée respectivement dans 97,8%(n=44) et 80,8%(n=) des cas. L'échographie abdominale a été réalisée à hauteur de 38% (n=57) et le scanner (thoraco-abdominal ou abdomino-pelvien) dans 11,3% (n=17).

Les adénocarcinomes constituaient le type histologique le plus fréquent avec 54,67% toutes localisations confondues mais au niveau de l'œsophage et de l'anus les carcinomes épidermoïdes prédominaient respectivement dans 80% et 66,7%.

Le diagnostic était établi chez la majorité des patients 78,7% (n=118) à un stade tardif (stade IV de la classification OMS) avec des métastases objectivées par les examens paracliniques chez seulement 18% des patients et chez la grande majorité (82%) en per opératoire au cours de l'exploration de l'abdomen.

L'opérabilité était de 79,3% (n=119). Trente et un patients dont 23 récusés et 8 ayant refusé l'intervention chirurgicale n'ont pas été opérés. Le traitement chirurgical a donc concerné 119 patients. Il s'agissait d'une chirurgie d'urgence pour occlusion intestinale dans 6,7% (n=8) et d'une chirurgie programmée dans 93,3% (n=111). La résecabilité était de 47,9% (n=57), la chirurgie a été curative dans 1,68% (n=2) et palliative dans 98,32% (n=117).

Sur les 119 patients opérés l'évolution a été marquée par des complications postopératoires chez 35,29% (n=42).

La mortalité postopératoire globale était de 21% (n=25) ; celle après chirurgie curative est nulle.

Une chimiothérapie adjuvante a été réalisée chez 4 patients qui en avaient les moyens selon le protocole FOLFOX.

Il n'y a pas eu de radiothérapie.

La survie a été difficile à apprécier car parmi les 108 patients sortis vivants 64 (59,2%) ont été perdus de vue. Seul 44 patients soit 40,8% ont pu être suivis. Chez ces derniers la survie était de 4,54% à 3 ans et nulle à 5 ans.

## DISCUSSION

Dans cette étude, les cancers du tube digestif représentaient 2,06% des hospitalisations alors qu'en 2003 cette fréquence était de 1,11% [3] dans les mêmes services. Elle a donc presque doublé. En France en 2005

les cancers du tube digestif représentaient 22% des cancers et venaient en deuxième position après les cancers du sein et avant celui de la prostate et des poumons [4,5]. A Marrakech au Maroc en 2009, les cancers du tube digestif représentaient 27,4% des cancers et occupaient la première place devant les cancers gynéco-mammaires [6]. A Brazzaville au Congo, les cancers du tube digestif représentaient 14,6% des cancers en 2004 [7]. Dans le service de chirurgie digestive de l'Hôpital National de Niamey au Niger en 2004, les cancers du tube digestif représentaient 25,7% des cancers opérés [8]. Au CHU de Lomé au Togo en 1998 les cancers digestifs (cancers hépatobiliaires compris) occupaient le deuxième rang après les cancers gynécologiques et mammaires [9]. En 1999 à Cotonou au Bénin, les cancers digestifs (cancers hépatobiliaires compris) occupaient la première place devant les cancers gynéco-mammaires [10].

Alors que le cancer de l'œsophage était celui qui prédominait en chirurgie viscérale au CNHU de Cotonou dans les études antérieures [3], dans la présente étude c'est le cancer de l'estomac qui est plus fréquent (34,67%). Nos résultats sont en accord avec ceux des études menées dans la sous région en particulier par TOGO A et al.[11] au Mali en 2008, SANI R et al. [8] au Niger en 2004, SAWADOGO et al.[12] au Burkina-Faso en 2000, AYITE et al. à Lomé en 1998 [9] avec l'autre comme siège préférentiel.

Le cancer de l'estomac est le deuxième cancer le plus fréquent au monde après celui des poumons même si son incidence est en baisse dans les pays occidentaux [2, 3]. L'infection à *Helicobacter pylori* est l'un des facteurs de risque les plus importants du cancer de l'estomac [1, 3]. Quant au cancer de l'œsophage, il existe une forte disparité de sa répartition d'une région à l'autre avec des régions à haut risque allant de la mer caspienne (Iran) au nord de la Chine [1, 3, 4]. Aux Etats-Unis, ils représentent 1% de tous les cancers [1]. En France, c'est le troisième cancer après les cancers du côlon et de l'estomac. En Afrique l'inexistence de données sur le cancer en général ne permet pas de le situer, mais l'Afrique Orientale et Australe sont reconnues comme des zones à haut risque et l'Afrique Occidentale comme une zone de faible fréquence [1].

Dans notre série, le cancer de l'œsophage occupe la deuxième place parmi les cancers du tube digestif avec 30% alors qu'il était au premier rang les années antérieures au Bénin. Des auteurs d'Afrique Occidentale [9, 10, 11] rapportent des fréquences plus basses. La situation du

Bénin paraît néanmoins particulière dans la sous-région ouest africaine avec des taux élevés peut être lié aux œsophagites chroniques en relation avec la consommation d'alcools très souvent frelatés. Dans les pays du sahel comme le Burkina-Faso, le Mali, le Niger, le Sénégal plus fortement islamisés où l'alcool est proscrit mais où la consommation de tabac est plus élevée l'on note un taux plus élevé de cancers des poumons et de la vessie. Les cancers du rectum constituent le 3ème cancer du tube digestif dans notre série avec 14%. Ce résultat est comparable à ceux de TRABELSI [14] en Tunisie et à ceux de la plupart des autres auteurs africains [9, 10,11]. Le bas rectum est le plus touché. On pourrait incriminer comme facteur de risque la forte consommation de mets épicés plutôt que la présence de polypes beaucoup moins fréquente que dans les pays occidentaux. Les affections héréditaires non polyposiques ne font pas encore l'objet de recherches qu'il faudrait initier.

Le cancer du colon arrive en 4ème position dans notre étude comme dans celles de la majorité des auteurs africains [9, 10, 11,12]. En Europe par contre il s'agit du 1er cancer digestif et plusieurs études sont unanimes sur le fait que la consommation de fibres, fréquente dans l'alimentation des africains, aurait un rôle protecteur dans le cancer du côlon tandis que la consommation de graisses et de protéines animales plus fréquente dans les pays occidentaux serait un facteur de risque [3,4].

Dans les pays industrialisés, les cancers du tube digestif tous segments confondus ne surviennent pas avant la soixantaine d'âge. De plusieurs études[1,2,4,5,8,9] il ressort que les cancers du tube digestif surviennent à un âge plus avancé dans les pays du nord que dans ceux du sud notamment en ce qui concerne les cancers rectaux où le jeune âge des patients de notre étude (âge moyen de 44 ans) est à souligner.

De façon générale, notre étude révèle une prédominance masculine chez les patients porteurs de cancers du tube digestif avec une sex-ratio de 1,88. Ce résultat concorde avec ceux de la sous région : 1,89 pour AYITE A et al [9] à Lomé en 1998, 1,98 pour PEGHINI [13] à Madagascar en 1997. Cette prédominance masculine peut s'expliquer par une plus grande fréquence des conduites addictives (alcool, tabac) chez les hommes que chez les femmes.

La consultation tardive constatée dans la présente étude est également rapportée par plusieurs auteurs africains [8,9 10,11].

L'opérabilité et la résecabilité sont respectivement de 84,67% et 47,90%

La prédominance du traitement palliatif (98,32%) est relatée par tous les auteurs africains [6, 7, 8, 9,11].

La mortalité hospitalière a été de 21% dans notre étude. TRABELSI O et al. [14] ont rapporté un taux de 12,5% nettement inférieur au nôtre. Cette mortalité postopératoire fluctue d'une série à une autre et dépend de plusieurs facteurs dont le stade d'évolution des cancers au moment du diagnostic, et la disponibilité du plateau technique dans la prise en charge postopératoire. Les mortalités après chirurgie curative et palliative sont respectivement de 0% et 21,36%.

Deux patients ont survécu 3 ans après le traitement chirurgical ; il s'agit de patients porteurs de cancer de l'estomac chez qui le diagnostic a été fait au stade IIB et qui ont bénéficié d'une chirurgie à visée curative. La survie à 5 ans est nulle quel que soit le segment atteint.

Ces résultats sont parfaitement en accord avec les différentes études [1, 4, 6, 8, 9] qui établissent la corrélation entre la survie et le stade d'évolution de la tumeur. Au stade de dissémination à distance (métastases) où le diagnostic est posé chez la majorité des patients de notre série hormis les cancers colorectaux pour lesquels la survie des patients à 5 ans avoisine 20% à 5 ans, elle est nulle pour tous les autres cancers du tube digestif.

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, il ressort que la fréquence des cancers du tube digestif en chirurgie viscérale au CNHU-HKM est en augmentation. Leur diagnostic est tardif car les patients consultent tardivement.

Le type histologique le plus fréquent des cancers du tube digestif est l'adénocarcinome sauf pour l'œsophage et le rectum où le type épidermoïde est prépondérant.

Le bilan d'extension est souvent insuffisant par faute de moyens.

Le traitement chirurgical est surtout palliatif, la chimiothérapie et la radiothérapie sont quasiment inexistantes.

La survie à 5 ans est nulle et est corrélée au stade anatomo-pathologique au moment du diagnostic. De meilleurs résultats reposent sur un diagnostic précoce et le développement des traitements adjuvants et néo-adjuvants mais surtout la recherche de facteurs de risque principalement dans notre alimentation.

## REFERENCES

1. World health organisation. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 (consulté le 15 septembre 2010). URL:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/prin.htm>
2. Zeltoun P. Encyclopédie des cancers : cancers digestif. Paris : Flammarion Médecine-sciences, 1987 : 509 pages.
3. Mehinto Di, Olovy-Togbe J, Padonou N. Traitement des cancers au centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Le Bénin Médical 2004 ; 27 : 20-23.
4. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe. Ann Oncol 2005; 16: 8-481.
5. Becquet P. Cancer du tube digestif. [Consulté le 15 Août 2010] URL : [www.paulbecquet.fr](http://www.paulbecquet.fr).
6. Benelkhat R, Rahibani K, Nasrollohi N, Finesh B, Louzja A and el Idriss. Les cancers digestifs dans la région de Marrakech. Journal Africain de Cancer 2010 ; 2 (3) : 160-165.
7. Peko Pk, Ibrahim Jm, Dangou C, Mbalawa G. Profil histo-épidémiologique de 375 cancers digestifs primitifs au CHU de Brazzaville. Med Trop 2004 ; 64 : 168-170.
8. Sané B, Dantara Ar, Bado Ma, Hassane N, Bazira L. Les Cancers du tube digestif. Revue de 195 dossiers au service de chirurgie de l'hôpital national de Niamey. Médecine d'Afrique Noire. 2004 ; 51 (11) : 585-587.
9. Ayite A, Doueh E, Senah K, Etey K, Lawani I, James K. Epidémiologie descriptive des cancers digestifs au CHU de Lomé (Togo). Médecine d'Afrique Noire 1998 ; 45 (4) : 260-262.
10. Zinsou Cp, Fourn F, Zohoun I. Aspects épidémiologiques des cancers au Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire 1999 ; 37 (5) : 230-236.
11. Peghini M, Barabe P, Touze Je, Marcillo R, Veillard Jm, Diagne L et al. Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal apport de 8000 endoscopies effectuées à l'hôpital de Dakar. Médecine Tropicale 1990 ; 50 (2) : 205-208.
12. Sawadogo A, Elboudo Pd, Durand G, Peghini M, Branquet D, Sawadogo Ab et al. Epidémiologie des cancers du tube digestif au Burkina Faso : apports de 8000 endoscopies effectuées au Centre Hospitalier National de Sanou Souro (CNHSS) de Bobo Dioulasso. Médecine d'Afrique Noire 2000; 47 (7): 1-4.
13. Peghini M, Rajaonarison J, Recarrer E, Razafindramboa H, Richard J, Martin D. Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar. Apport de 14000 endoscopies effectuées au centre hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo. Médecine d'Afrique Noire 1997 ; 44 (10) : 519-521.
14. Trabelsi O, Kolski K, Haouet K, Kacem C, Kammoun A, El Hachachi A et al. Approach to the descriptive epidemiology of digestive cancers through the activities of a general surgery department. Tunis Méd 1998 ; 76 (6-7) : 195-199.