

ARTICLE ORIGINAL

CANCERS DIGESTIFS CHEZ L'ADULTE AU CNHU-HKM DE COTONOU DE 2011 À 2015 : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, PARACLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

DIGESTIVE CANCERS IN ADULTS AT THE CNHU-HKM IN COTONOU FROM 2011 TO 2015: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARACLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS.

DG GBESSI¹, AR KPOSSOU², FHR GNANGNON¹, I LAWANI³, SY IMOROU¹, F AWOKOU², J SEHONOU², FM DOSSOU³, J-L OLORY-TOGBE¹, DK MEHINTO¹

¹Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale ; Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), Cotonou, Bénin.

²Clinique Universitaire d'Hépatogastroentérologie, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin.

³Service de chirurgie ; Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau (CHUDOP) Porto-Novo, Bénin.

RÉSUMÉ

Introduction : Les cancers digestifs, jadis considérés relativement rares en Afrique sub-saharienne, semblent en croissance au Bénin. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des présumés cancers digestifs chez l'adulte au CNHU-HKM de Cotonou.

Méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive qui s'était déroulée sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2015 dans 3 services du CNHU-HKM de Cotonou.

Résultats : Les cancers digestifs représentaient 4,1% de toutes les admissions dans les services ciblés. L'âge moyen des sujets était de 53,6 ans (17 à 88 ans). Il y avait une prédominance masculine avec une sex-ratio de 2,4. Les patients consultaient dans un délai moyen de 10 ± 6,2 mois. Le cancer primitif du foie (47,8%) était le cancer digestif le plus fréquent suivi par le cancer du pancréas (18,1%). Huit pour cent (8%) de nos patients avaient reçu une chimiothérapie palliative et 18,6% avaient fait l'objet d'un traitement chirurgical. La mortalité globale dans notre série était de 67,7%.

Conclusion : Les cancers digestifs, au CNHU, étaient dominés par l'hépatocarcinome. La lutte contre ce fléau doit passer par la vaccination contre l'hépatite B, la sensibilisation de la population sur les facteurs de risque et sur le recours précoce aux consultations médicales.

Mots clés : *Cancers digestifs, Pronostic, Mortalité, Accès au traitement, Cotonou.*

SUMMARY

Introduction: Digestive cancers formerly considered relatively rare in sub-Saharan Africa seem to be growing in Benin. The aim of this work was to describe the epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic aspects of digestive cancers in adults at CNHU-HKM Cotonou.

Methods: It was a retrospective descriptive study that took place over a period of 5 years from 1 January 2011 to 31 December 2015 in 3 services of the CNHU-HKM Cotonou.

Results: Digestive cancers accounted for 4.1% of all admissions to targeted services. The average age of the subjects was 53.6 years (17 to 88 years). There was a male predominance with a sex ratio of 2.4. Patients consulted within an average of 10 ± 6.2 months. Primary liver cancer (47.8%) was the most common digestive cancer followed by pancreatic cancer (18.1%). Eight percent (8%) of our patients had received palliative chemotherapy and 18.6% had undergone surgical treatment. The overall mortality in our series was 67.7%.

Conclusion: Digestive cancers are quite common at CNHU, and dominated by hepatocarcinoma. The fight against this scourge must go through vaccination against hepatitis B, awareness of the population on risk factors and the early use of medical consultations.

Keywords: *Digestive cancers, Prognosis, Mortality, Access to treatment, Cotonou.*

Tirés à part:

Dansou Gaspard GBESSI, Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale,
Koutoukou MAGA – Cotonou. Téléphone : 0022995962900.

Centre National Hospitalier Universitaire Hubert
E-mail : gaspard.gbessi@gmail.com

INTRODUCTION

Responsables de 8,8 millions de décès en 2015 (1/6ème de la mortalité globale), les cancers constituent à l'échelle planétaire un problème de santé publique majeur [1]. De plus, les données épidémiologiques prévoient une augmentation régulière de la mortalité par cancer, d'ici à 2030[2]. Ces maladies longtemps considérées comme l'apanage des pays industrialisés connaissent ces dernières décennies une augmentation dans les pays en voie de développement.

Le tube digestif constamment en contact avec les cancérigènes alimentaires, est théoriquement exposé au risque de cancer ; à cela, il faut ajouter les changements rapides des différentes habitudes alimentaires surtout en milieu urbain. Pour Zeitoun, l'appareil digestif est le système le plus concerné par les cancers, même si l'on exclut les cancers secondaires [3]. Notre objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des cancers digestifs chez l'adulte au Centre National Hospitalier Universitaire - Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou.

MÉTHODE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive sur une période de 5 ans allant du 1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2015. Nous avons ciblé trois services du CNHU-HKM prenant en charge les cancers digestifs de l'adulte (la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale, la Clinique Universitaire d'Hépatogastroentérologie et le service de Médecine Interne). La population d'étude était constituée des patients suivis pour un présumé cancer digestif. Étaient incluses toutes les observations de patients chez qui le diagnostic de cancer digestif a été retenu. Les tumeurs non confirmées histologiquement étaient présumées malignes sur la base d'arguments cliniques, biologiques (marqueurs tumoraux tels que l'alpha-fœtoprotéine) et/ou morphologiques (un nodule sur foie dysmorphique avec un wash-out au scanner abdominal était considéré comme typique d'un cancer primitif du foie). N'étaient pas incluses, les tumeurs digestives présumées secondaires et les métastases digestives de tumeurs de primitif inconnu. Les patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets étaient également exclus. Nous avons procédé à un recensement exhaustif de tous les dossiers des patients répondant aux critères d'inclusion. Les données recueillies étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.4. La survie a été estimée selon la méthode de Kaplan-Meier.

RÉSULTATS

1- Aspects épidémiologiques

Du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2015, nous avons enregistré 226 cas de cancers digestifs parmi les 5551 admissions dans les différents services ciblés, soit une fréquence hospitalière de 4,1%.

L'âge moyen des cas était de $53,6 \pm 14,2$ ans avec des extrêmes de 17 ans et 88 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 56 ans et 65 ans (n=55, 24,3%) (figure 1).

On comptait 159 hommes (70,4%) sur les 226 patients. La sex-ratio était de 2,4. La prédominance masculine était retrouvée quelle que soit la localisation tumorale (4,4 pour le foie, 2 pour l'estomac, 2,6 pour le côlon-rectum, 1,2 pour l'œsophage et 3 pour les voies biliaires extra-hépatiques), exception faite pour les cancers du pancréas et de l'intestin grêle où il y avait une prédominance féminine avec des sex-ratios de 0,8 et 0,5 respectivement.

Les classes professionnelles touchées étaient essentiellement des fonctionnaires (n=76, 33,6%), des ouvriers (n=57, 25,2%), des commerçants (n=36, 15,6%) ou ménagère (n=31, 13,7%).

Le cancer du foie était le cancer digestif le plus fréquent avec près de la moitié des cas (n=108, 47,8%) suivi du cancer du pancréas (n=41, 18,1%) (tableau I).

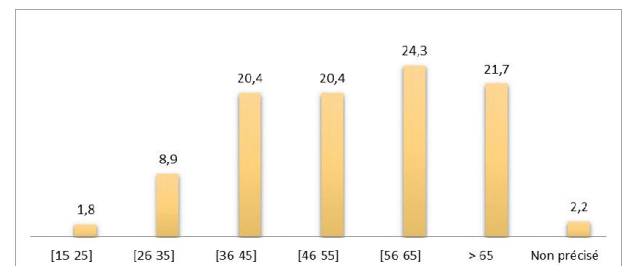


Fig 1 : Répartition des patients atteints d'un présumé cancer primitif digestif par tranche d'âge

Tableau I : répartition de la fréquence des cancers digestifs par organe

	Effectif (n=226)	%
Foie	108	47,8
Pancréas	41	18,1
Estomac	28	12,4
Côlon-rectum	28	12,4
Œsophage	14	6,2
Voies biliaires extra-hépatiques	8	3,5
Intestin grêle	3	1,3
Canal anal	1	0,4

2- Aspects cliniques

La durée moyenne d'évolution de la maladie avant la première consultation était de $10 \pm 6,19$ mois avec des extrêmes de 1 et 28 mois. Les antécédents personnels les plus fréquents étaient l'HTA (n=59, 26,1%), l'hépatite B (n=59,26,1%), l'hépatite C (n=16, 7,1%), la cirrhose (n=14, 6,2%) et les ulcères gastriques (n=14, 6,6%). Le tabagisme (n=18, 8%) et la consommation régulière d'alcool (n= 114, 50,4%) étaient également retrouvés.

Les signes d'appel les plus fréquents étaient les douleurs abdominales (n=136, 60,2%) et l'asthénie (n=111, 49,1%). Par ailleurs, les signes physiques étaient dominés par l'altération de l'état général (n=172, 76,1%) et l'amaigrissement (n=165, 73%) (Tableau II).

Tableau II : Récapitulation des signes d'appel des cancers digestifs

	Effectif (n=226)	%
Signes d'appel	223	98,7
Douleur abdominale	136	60,2
Asthénie	111	49,1
Ictère	81	35,8
Anorexie	71	31,4
Urine foncée	59	26,1
Masse abdominale	57	25,2
Constipation	44	19,5
Vomissement	43	18,6
Fièvre	34	15,0
Selle décolorée	26	11,5
Dysphagie	23	10,2
Augmentation du volume de l'abdomen	25	11,1
Prurit	19	8,4
Hémorragie digestive	21	9,3
Diarrhée	10	4,4
Dyspnée	9	4,0
Toux	8	3,5
Céphalée	5	2,2
Hypersialorrhée	5	2,2
Régurgitation	5	2,2
Douleurs anales	4	1,8
Autres	16	7,1

3- Aspects paracliniques

L'échographie abdominale a permis d'évoquer le diagnostic des cancers du foie, du pancréas et des voies biliaires extra hépatiques dans 80,6%, 73% et 75% des cas respectivement.

L'endoscopie digestive avait permis d'évoquer le diagnostic dans la majorité des localisations colorectales (n=161, 71,2%), gastriques (n=178, 78,8%) et œsophagiennes (n=210, 92,9%).

Le scanner avait permis de retrouver la tumeur primitive chez 70,7% des patients (n=160). En outre, 52,7% des malades (n=119) présentaient des extensions loco-régionales et/ou des métastases à distance au moment du diagnostic. Les extensions les plus fréquentes étaient le foie (n=41, 18,1%), les nœuds lymphatiques (n=36, 15,9%), le péritoine (n=10, 4,4%) et les poumons (n=3, 1,3%).

La preuve histologique du cancer était obtenue dans 29 cas soit un taux de confirmation histologique de 12,8%. Aucun cas de cancer du foie n'a fait l'objet d'une confirmation histologique. Les proportions de cas confirmés histologiquement étaient de 6/1 pour l'œsophage, 9/2 pour le colon-rectum et l'estomac, 1/3 pour l'intestin grêle, 2/8 pour les voies biliaires extra-hépatiques, 1/41 pour le pancréas et 1/1 pour l'anus.

Les types histologiques les plus fréquents étaient l'adénocarcinome (20/29) suivi par le carcinome épidermoïde (5 /29) et du carcinome indifférencié (2/29).

4- Aspects thérapeutiques et évolutifs

En ce qui concerne la chirurgie, le taux de patients opérés était de 18,6% (n=42), avec 4,4% (n=10) de résections à visée curative et 14,2% (n=32) de chirurgie palliative. Les résections tumorales à visée curative concernaient : le cancer colo-rectal (n=3), le cancer gastrique (n=3), le cancer de l'œsophage (n=2), le cancer de la vésicule biliaire (n=2). Par ailleurs, la majorité des patients opérés à visée curative (6/10) avaient reçu une chimiothérapie adjuvante. La figure 2 montre la pièce opératoire d'hémicolectomie droite pour une tumeur du côlon ascendant infiltrant l'angle colique gauche et le bord inférieur du foie.

Un traitement chirurgical palliatif a été effectué dans 32 cas (18,6%). La dérivation bilio-digestive (n=15) a été l'acte chirurgical le plus pratiqué, suivie de la jéjunostomie d'alimentation (n=7), de la colostomie (n=6).

En outre, la chimiothérapie palliative avait concerné une minorité de patients (n=11, 4,9%). Seul 6,5% des patients atteints de cancers du foie (n=7) avaient reçu une thérapie ciblée par Sorafenib.

Sur le plan évolutif, la mortalité brute dans notre série était de 67,7% (n=153). Parmi les décès, il y avait 80 hommes et 73 femmes. Par ailleurs, la mortalité hospitalière était de 49,6%. En outre, 71 malades (31,4%) étaient perdus de vue par le personnel

soignant. Les cancers les plus souvent responsables d'un décès étaient : les cancers du foie (n=85,37,6%) les cancers du pancréas (n=24,10,6%), et le cancer de l'estomac (n=15,6,6%) (Tableau III).

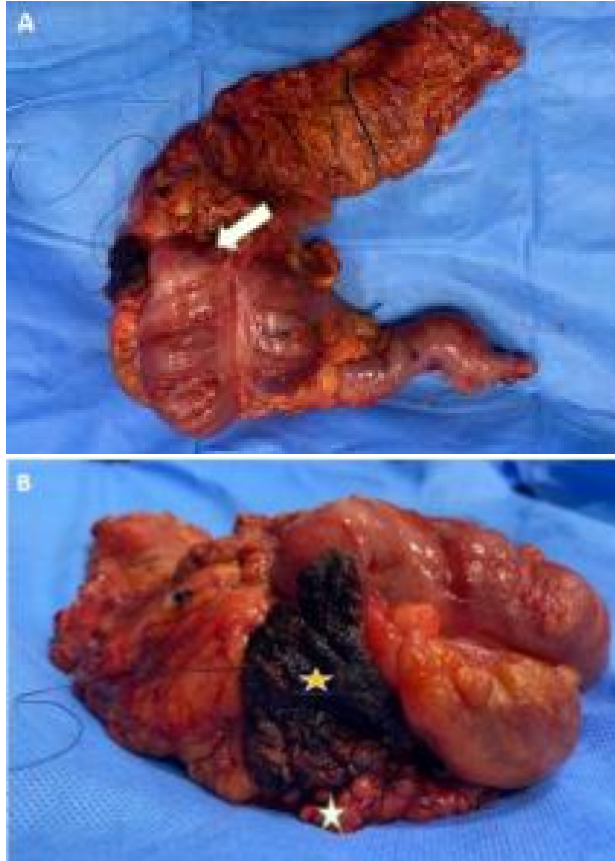


Fig 2 : pièce opératoire d'hémi-colectomie droite associée à une résection hépatique atypique monobloc pour un adénocarcinome du côlon ascendant étendu à l'angle colique droit, envahissant le bord inférieur du foie et le fascia pré-rénal (Gérota).
A : vue antérieure montrant la tumeur (flèche blanche)
B : vue latérale montrant la résection hépatique (étoile jaune) et la graisse pré-rénale (étoile blanche)

Tableau III : Répartition des cas de décès en fonction de la localisation de la présumée tumeur primitive

	Effectif (N=153)	%
Foie	85	55,6
Pancréas	24	15,7
Estomac	15	9,8
Côlon-rectum	14	9,1
Œsophage	9	5,9
Voies biliaires extra-hépatiques	4	2,6
Intestin grêle	2	1,3

DISCUSSION

La fréquence hospitalière de 4,1% pour les cancers digestifs dans notre étude pourrait être une sous-estimation de la fréquence réelle de ces affections.

Le cancer du foie occupait la première place des cancers digestifs dans notre étude. Notre résultat confirme les données de la littérature pour l'Afrique subsaharienne [3, 4]. Par contre, d'après Globocan 2018, il est le 3ème cancer digestif en France après le cancer colo-rectal et celui du pancréas [7].

L'âge moyen de nos patients était de $53,6 \pm 14,2$ et il existait une prédominance masculine avec une sex-ratio de 2,4. La prédominance masculine des cancers digestifs est habituellement rapportée [10, 11].

Sur le plan clinique, la durée moyenne d'évolution de la maladie avant la première consultation était de $10,02 \pm 6,19$ mois avec des extrêmes de 1 et 28 mois. Maïga et al au Mali trouvaient un délai de consultation entre 4 à 7 mois après le premier signe clinique [12]. Ainsi dans notre série comme dans celle de Maïga et al, les patients se présentaient en général avec un retard important dans le recours aux soins hospitaliers. Ce long délai de consultation observé dans les études africaines s'expliquerait par le fait que les patients ont le plus souvent recours à la médecine traditionnelle en première intention. Il est aussi lié aux difficultés financières, à l'ignorance et aux croyances. Au cours de notre étude, les signes cliniques les plus fréquents étaient représentés par l'altération de l'état général, l'amaigrissement, les douleurs abdominales et l'asthénie. Ces résultats témoignent du fait que les patients se présentaient souvent avec des signes cliniques d'une maladie avancée.

Dans notre étude, la consommation d'alcool, l'hépatite B, l'hépatite C, la cirrhose étaient les principaux facteurs de risque retrouvés chez les patients porteurs d'un hépatocarcinome. L'exposition à l'aflatoxine B1 est un facteur de risque peu étudié dans les séries africaines que notre étude n'a pas pu rechercher. L'aflatoxine B1 une mycotoxine qui possède des propriétés génotoxiques et carcinogènes, elle constitue un risque majeur de développer un CHC. Son effet carcinogène semble hautement potentialisé par le virus de l'hépatite B.

Concernant la paraclinique, l'échographie abdominale avait permis d'évoquer le diagnostic dans la majorité des tumeurs hépato-biliaires et pancréatiques. Le même constat a été fait par Landi et al [13] qui avaient suspecté, à l'échographie, une tumeur du pancréas dans 70% des cas. L'endoscopie digestive a été, dans notre série, un excellent moyen dans le diagnostic des tumeurs du tube digestif. Par exemple, Harouna et al [14] trouvaient que l'endoscopie avait permis le diagnostic dans 91,6% des cas de cancer de l'œsophage. Dans notre étude, le taux de confirmation histologique était faible. Ce faible taux de confirmation histologique pourrait s'expliquer par plusieurs

facteurs :

- la biopsie n'est pas systématique dans certaines localisations (pancréas, foie, voies biliaires) ;
- le nombre limité de pathologistes dans notre pays : en 2021 le Bénin compte moins de 4 pathologistes dans le secteur public pour une population supérieure à 12 millions d'habitants ;
- la difficulté à opérer certaines localisations notamment lorsque la tumeur est avancée (foie, pancréas, voies biliaires) ;
- le faiblesse du pouvoir d'achat de certains patients qui ne peuvent honorer ces examens.

L'accès à la chimiothérapie et à la thérapie ciblée était faible. D'abord ces traitements médicaux nécessitent une preuve histologique hors, le taux de confirmation histologique était faible dans notre série. De plus le coût élevé et l'indisponibilité des médicaments associés à l'absence de service d'oncologie médicale constituent des barrières pour les populations les plus pauvres notamment celles rurales. Enfin, pour certains patients, la chimiothérapie avait une connotation péjorative entraînant des refus de soins.

Le traitement chirurgical a été effectué dans 18,6% des cas, en outre, il était dominé par la chirurgie palliative. Ce constat est probablement le reflet du diagnostic tardif des tumeurs digestives et du faible accès aux thérapies néoadjuvantes (radiothérapie, chimiothérapie et thérapies ciblées). Par exemple, il n'existe pas de service de radiothérapie au Bénin. Ainsi, nos patients consultaient tardivement ; le plus souvent avec une tumeur métastatique d'emblée ou localement

avancée qui en l'absence de traitement néoadjuvant (radiochimiothérapie) contre-indiquait toute chirurgie à visée curative.

La mortalité dans notre série était élevée. Dans l'ordre décroissant, les cancers les plus pourvoyeurs de décès étaient : les cancers du foie, du pancréas, de l'estomac, du colo-rectum et de l'œsophage. En Afrique subsaharienne en 2012, en termes mortalité par organe, l'OMS rapportait respectivement dans le cadre des cancers digestifs, dans l'ordre décroissant, le foie, l'œsophage, le colo-rectum et l'estomac [11]. Ces résultats confirment le pronostic sombre des cancers digestifs dans les pays en voie de développement comme le Bénin. Le retard du recours aux soins avec des diagnostics faits à des stades avancés et le faible accès aux thérapies adjuvantes comme la radiothérapie et la chimiothérapie expliquent probablement ces données [3, 4].

CONCLUSION

Les cancers digestifs sont assez fréquents au CNHU, et dominés par l'hépatocarcinome. La lutte contre ce fléau doit passer par la vaccination contre l'hépatite B, la sensibilisation de la population sur les facteurs de risque et par le recours précoce aux consultations médicales. Un diagnostic et une prise en charge précoces ainsi que la disponibilité des thérapies adjuvantes à coût accessible dans l'arsenal thérapeutique permettraient d'améliorer le pronostic.

RÉFÉRENCES

- 1- Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *J Clin Oncol.* 1 avril 2017; 3(4): 524-548.
- 2- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(2):74-108.
- 3- Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes (ALIAM) contre le cancer. Les cancers en Afrique francophone. Edition La Ligue Nationale contre le Cancer (France), 2017, 45 p.
- 4- Aubry P, Gaüzère BA. Les cancers dans les pays en développement actualités 2017. Mise à jour le 16/01/2018.
- 5- Gombé Mbalawa Ch, Diouf D, Nkoua Mbon JB, Minga B, Makouanzi Nsimba S, Nsondé Malanda J. Arrivée des malades cancéreux aux stades avancés : tentative d'identification de responsabilité. *Bull Cancer* 2013 ;100 :167-72
- 6- Zeitoun P. Introduction. Encyclopédie des cancers. Paris : Flammarion Médecine Sciences Ed. Paris, 1987, pp. XV-XVI.
- 7- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68(6):394-424.
- 8- Sani R, Dantara AR, Bade 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- Mamoudou GS, Hami H, Soulaymani A, Quyou A. Les cancers digestifs au Niger : fréquence relative sur une étude rétrospective de 1992 à 2009. European Scientific Journal 2014; 10(9):340-349.

10- Forman ED, Bray F, Brewster DH, Mbalawa CG, Kohler B, Piñeros M, et al. Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. :1436.

11- . W, Stewart B, Stewart BW, Wild C, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. World cancer report 2014. France (Lyon), 2014 : 630.

12- Maïga M.Y, Diallo G., Dembele M., Ndiaye M., Ongoïba N., Sanogo Z., et al : Cancer de l'œsophage : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. Acta Endoscopica. 2002 ; 32(1):455-9.

13- Landi B, Lecomte T, Berger A, Cellier C. Traitement des tumeurs stromales digestives. Gastroenterol Clin Biol 2004 ; 28 : 893 – 901.

14- Harouna YD, Illo A, Assoumane I, Onuoha C, Abdou I, Goza A, et al. Les cancers de l'œsophage au Niger : aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 36 cas. Médecine d'Afrique Noire 2008 ; 5504 :235-239.