

ARTICLE ORIGINAL

Les cancers colorectaux au Sénégal : analyse d'une série monocentrique de 46 cas

Colorectal cancers in Senegal : analysis of monocentric series of 46 cases

Diop PS, Ka I, Diallo Owono FK, Ndoye JM, Fall B

KA Ibrahima : Interne des Hôpitaux

Folly Kadidiatou DIALLO OWONO : Maitre-Assistant

Jean Marc NDOYE: Professeur d'Anatomie

Babacar FALL: Professeur Titulaire, Chef de Service

Auteur Correspondant : Docteur Papa Saloum DIOP - Maitre-Assistant

Service de Chirurgie Générale - Hôpital Général de Grand-Yoff

BP 3270 Dakar - Grand Yoff

Email : dioppapasaloum@yahoo.fr

Résumé

L'Afrique Sub-Saharienne a longtemps été considérée comme une zone à faible risque de cancer colorectal. Cependant, cette pathologie est de plus en plus rencontrée en pratique hospitalière au Sénégal. Nous avons voulu faire le point sur les cancers colorectaux en milieu chirurgical. **Malades et Méthodes** : Nous rapportons une étude descriptive sur une période de 5ans (Janvier 2005 - Décembre 2009), portant sur des patients pris en charge pour cancer colorectal dans le service de chirurgie générale de l'hôpital général de Grand-Yoff. Les paramètres étudiés étaient le profil épidémiologique, les éléments du diagnostic, la prise en charge et le devenir des patients. **Résultats** : Nous avons colligé 46 cas de cancers coliques et rectaux sur une période d'étude de 5 ans, soit en moyenne 9,2 nouveaux cas par an. Il s'agissait de 30 hommes et 16 femmes d'âge moyen de 50,5 ans. La durée moyenne de la symptomatologie clinique était de 17mois. Les manifestations cliniques révélatrices étaient dominées par l'occlusion intestinale aiguë et la constipation chronique. Les tumeurs étaient coliques dans 71,7% des cas et rectales dans 28,3% des cas. L'histologie montrait une prédominance des adénocarcinomes lieberkühniens (93,50%), majoritairement bien différenciés. Les patients de la série selon la classification (UICC 2002) se répartissaient comme suit : stade I (4,34 %), stade II (39,13%), stade III (19,56 %) et stade IV (36,95%). Le taux d'opérabilité global était de 84,8%. Le taux de résecabilité global était de 63%. Les patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie dans 43,47 % des cas et

Summary

Sub-saharian Africa has long been considered an area of low colorectal cancer risk. However, this pathology is increasingly encountered in hospital practice in Senegal. We wanted to take stock of colorectal cancer in a surgical environment. **Patients and Methods**: We report a descriptive study over a period of 5 years (January 2005 - December 2009), involving patients in care for colorectal cancer in the general surgery department of the General Hospital of Grand-Yoff. The parameters studied were the epidemiological profile, the elements of diagnosis, care and patient outcomes. **Results**: We collected 46 cases of colorectal cancer but a study period of 5 years, an average of 9.2 new cases per year. They were 30 men and 16 women with a mean age of 50.5 years. The average duration of clinical symptoms was 17 months. The clinical manifestations are dominated by revealing acute intestinal obstruction and chronic constipation. Tumors were colic in 71.7% of cases and rectal in 28.3% of cases. Histology showed a predominance of lieberkühnian adenocarcinoma (93.50%), mostly well differentiated. Patients in the series according to the classification (UICC 2002) were as follows: stage I (4.34%), stage II (39.13%), stage III (19.56%) and stage IV (36.95%). The overall operability rate was 84.8%. The overall resectability rate was 63%. The patients received chemotherapy in 43.47% of cases and by radiotherapy in 17.4% of cases. The overall operative morbidity was 17.9%. Operative overall mortality was 6.52%. Overall survival was 82.9% at one year, 61.4% at two years and 50.6% three years.

d'une radiothérapie dans 17,4% des cas. La morbidité opératoire globale était de 17,9%. La mortalité opératoire globale était de 6,52%. La survie globale était de 82,9% à un an, 61,4% à deux ans et de 50,6% à trois ans. **Conclusion** : Le cancer colorectal est une réalité dans notre pratique de la carcinologie digestive. L'âge jeune de nos patients et la majorité de stades avancés suggèrent une attention particulière devant toute rectorragie ou constipation récidivante. L'amélioration du pronostic passera par la vulgarisation de l'hémocult voire de la coloscopie complète d'emblée devant toute constipation chronique.

Mots clés : cancer, colorectal, adénocarcinome

Conclusion: *Colorectal cancer is a reality in our practice of gastrointestinal oncology. The young age of our patients and the majority of advanced stages suggest particular attention to any recurrent rectal bleeding or constipation. Improving the prognosis will require the extension of haemocult even complete colonoscopy immediately before any chronic constipation.*

Key words: *colorectal, cancer, adenocarcinoma*

INTRODUCTION

Les cancers colorectaux (CCR) représentent la deuxième cause de mortalité par cancer en Occident. L'Afrique Sub-Saharienne a longtemps été considérée comme une zone à faible risque [1,2]. Cependant, cette pathologie est de plus en plus rencontrée en pratique hospitalière. Malgré l'important développement des moyens thérapeutiques, seul le dépistage des lésions pré-cancéreuses et un diagnostic plus précoce pourraient améliorer le pronostic [3].

Au Sénégal, en l'absence de registre des cancers, de moyens diagnostiques et thérapeutiques adéquats toujours disponibles sur toute l'étendue du territoire, il nous semble nécessaire de faire le point sur cette pathologie en milieu chirurgical.

Le but de ce travail était de décrire les profils épidémiologiques, les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cancers colorectaux au sein du Service de Chirurgie Générale de l'hôpital Général de Grand-Yoff de Dakar.

MALADES ET METHODES

Nous rapportons une étude rétrospective descriptive sur une période de 5ans (Janvier 2005 -31 Décembre 2009). Les paramètres étudiés étaient le profil épidémiologique, les éléments du diagnostic, la prise en charge et le devenir des patients. Les données étaient collectées de manière prospective dans la base de données du service et analysées rétrospectivement avec le logiciel EpiInfo™ 6. Les résultats étaient exprimés en

moyennes ou en pourcentages.

La survie était estimée par la méthode actuarielle.

RESULTATS

Nous avons colligé 46 cas de cancers coliques et rectaux sur une période de 5 ans, soit en moyenne 9,2 nouveaux cas par an. Il s'agissait de 30 hommes et 16 femmes (sex-ratio 1,87), d'âge moyen de 50,5 ans (extrêmes de 26 et 80 ans). La durée moyenne de la symptomatologie clinique était de 17mois (extrêmes de 1 et 120 mois). Les manifestations cliniques révélatrices étaient dominées par l'occlusion intestinale aiguë et la constipation chronique dans un contexte d'altération de l'état générale.

Aux termes des explorations radiologiques, endoscopiques et des découvertes opératoires, les tumeurs étaient coliques (Figure 1a, 1b) dans 33 cas (71,7%) et rectales (Figure 2a, 2b) dans 13 cas (28,3%). Le bilan d'extension reposait sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien, l'échographie abdominale et la radiographie du thorax. L'écho-endoscopie n'était pas disponible pour apprécier l'infiltration pariétale dans les tumeurs rectales.

L'étude histologique sur des biopsies dans 14 cas (30,43%) et sur pièce opératoire dans 32 cas (69,57%) montrait une prédominance des adénocarcinomes (93,49%), majoritairement différenciés.

Au terme de ce bilan, la classification en stade (UICC 2002) des patients de la série (Tableau I) se répartissait comme suit : au stade I (4,34 %), au stade II (39,13%), au stade III (19,56%) et au stade IV (36,95%).



Figure 1a : Image d'une tumeur du colon droit au transit baryté

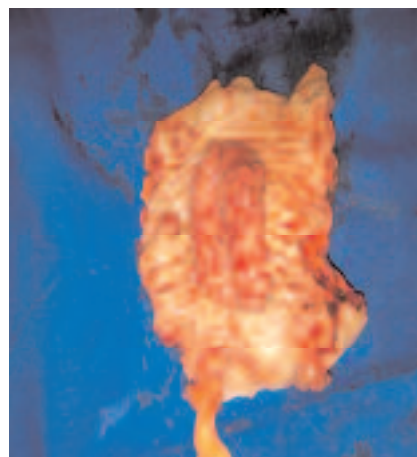


Figure 2b : Pièce ouverte d'une résection antérieure d'une tumeur rectale

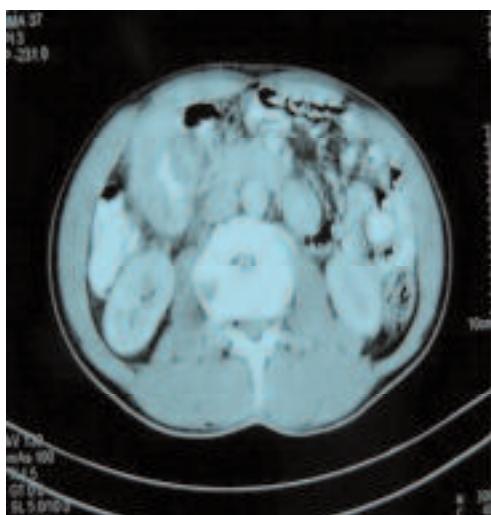


Figure 1b : Aspect TDM d'une tumeur du colon droit

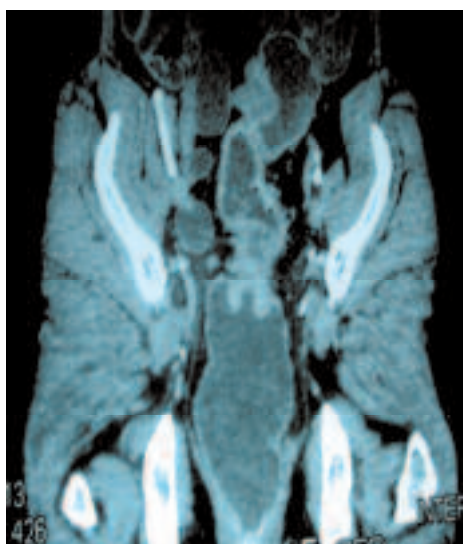


Figure 2a : Aspect de tumeur du haut rectum au colo-scanner

Tableau I : Caractéristiques cliniques

Variables	Nombre	Pourcentage
Age	46	
Sexe (H /F)	30/16	65,21/34,78
Topographie		
Colon	33	71,73
Rectum	13	28,26
Type histologique		
Adénocarcinome	43	93,47
Lymphome	2	4,34
Léiomyosarcome	1	2,17
Stade UICC(2002)		
I/II	2/18	4,34/39,13
III/IV	9/17	19,56/36,95
Chirurgie		
Urgence / Réglée	17/29	37/63
Curatrice/Palliative	25/21	54,3/45,7
Chimiothérapie	20	43,47
Radiothérapie	8	17,4
Morbidité	7	15,21
Mortalité	3	6,52

Dix sept de nos patients (37%) étaient admis pour une occlusion intestinale aiguë et vingt neuf patients (63%) avaient été pris en charge dans le cadre d'une chirurgie programmée. Les moyens thérapeutiques étaient essentiellement représentés par la chirurgie, encadrée par la radiothérapie et la chimiothérapie. Le taux d'opérabilité global était de 84,8% (n=39), toutes localisations confondues. Le taux de résécabilité global

était de 63% (n=29). Le taux de résecabilité à visée curative était de 54,3%. Dans cette série, 43,47 % des patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie et 17,4% d'une radiothérapie. La morbidité opératoire globale était de 15,21% (2 fistules anastomotiques ; 4 suppurations pariétales et une éviscération). La mortalité opératoire globale, était de 6,52%. La survie globale était de 82,9% à un an, 61,4% à deux ans et de 50,6% à trois ans (figure 3). La survie moyenne globale à cinq ans est estimée à 35,10%.

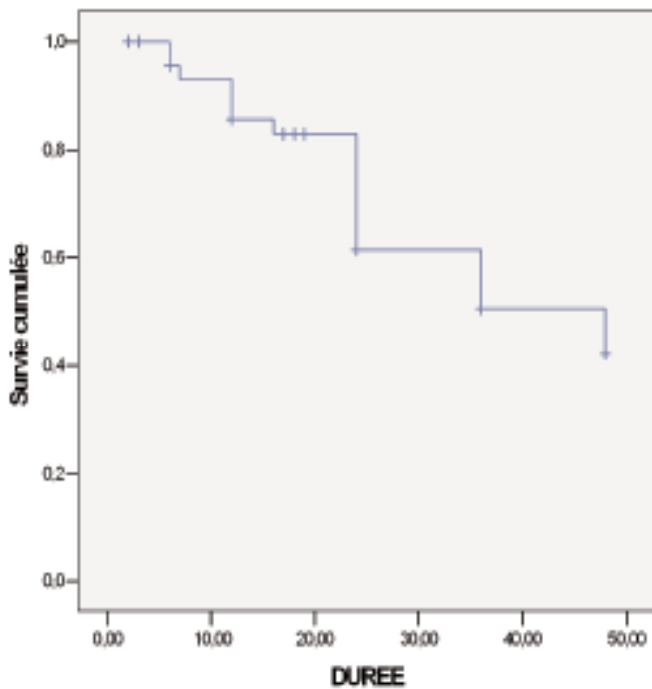


Figure 3 : Courbe de survie

DISCUSSION

En l'absence de registre des cancers, notre travail reste une étude monocentrique et peut ne pas refléter la fréquence réelle des CCR au Sénégal. L'âge moyen de 50,5 ans de nos patients, est comparable à celui retrouvé dans d'autres études sénégalaises et africaines [4-8]. Cette précocité de la survenue du CCR par rapport aux séries occidentales [9-13], peut s'expliquer par l'influence de facteurs génétiques et environnementaux le plus souvent méconnus dans nos contrées et constitue une voie de recherche. La relation entre le risque du CCR et le niveau socio-économique est avérée [14]. Aucune donnée sur le régime alimentaire de nos patients n'est précisée dans les dossiers. Toutefois il est admis que l'alimentation citadine sénégalaise est deve-

nue riche en protéines, en acides gras et en glucides. La filiation adénome CCR est clairement établie et ne fait plus l'objet de controverse. Globalement, les études Sénégalaises et d'Afrique Noire s'accordent sur la rareté des lésions précancéreuses, comparées aux séries des pays du Nord [15]. Les formes héréditaires représentent environ 5% de l'ensemble. Il s'agit essentiellement de la polypose adénomateuse familiale et des formes familiales de LYNCH.

Dans notre étude figure un seul cas familial de CCR. Globalement nos résultats sont peu différents de ceux des autres études réalisées au Sénégal et en Afrique. Tous les auteurs font état de la rareté des CCR diagnostiqués à un stade précoce [4-8,16-18]. Notre série présente d'entrée de jeu deux éléments de mauvais pronostic attestant d'un diagnostic tardif. Il s'agit de la prédominance de lésions ulcéro-bourgeonnantes et du fait que près d'un tiers des patients admis en occlusion. Dans la stratégie diagnostique des CCR, l'endoscopie reste l'examen de premier choix. Les auteurs Africains [4, 7, 8, 16] s'accordent sur la faible réalisation de la coloscopie totale.

Cette disparité entre pays développés et pays en voie de développement pourrait s'expliquer par le nombre réduit de services d'endoscopie digestive, le coût élevé de cet examen et du circuit des malades dont un certain nombre bénéficie d'une chirurgie en urgence. La coloscopie devrait être systématiquement demandée même en cas de tumeur rectale diagnostiquée grâce à une recto-sigmoïdoscopie [19]. Le lavement baryté, malgré sa spécificité et sa sensibilité inférieures à celle de la coloscopie reste une alternative à notre portée. Les adénocarcinomes sont reconnus comme la forme histologique la plus fréquente [20].

Dans notre étude, ils représentent 93,49% des cas dont 72,09% de type lieberkühnien. Le traitement standard à visée curative nécessite un acte chirurgical et un traitement adjuvant en fonction du stade [21]. Les recommandations actuelles préconisent de limiter autant que possible les indications d'amputations abdomino-péri-néales [27, 28]. Nous respectons cette recommandation, mais au-delà du fait du rejet psychologique de l'anus iliaque définitif chez l'Africain.

Dans notre série, aucun patient n'a bénéficié d'une intervention chirurgicale sous coelioscopie alors que dans les séries Européennes la laparoscopie gagne de plus en plus de terrain. En effet, les règles carcinologiques peuvent être respectées avec un gain par rapport à la chirurgie à ciel ouvert en termes de diminution de la douleur post opératoire, de la morbidité opératoire, de réduction de la durée d'hospitalisation et diminution du

préjudice esthétique [22-26]. Cependant, l'impossibilité de palper le côlon (à la recherche de la tumeur primitive ou d'éventuelles tumeurs synchrones) et le foie (à la recherche de métastases méconnues) constitue probablement l'inconvénient majeur de la cœlioscopie. Par ailleurs nos résultats thérapeutiques sont peu comparables avec ceux des pays industrialisés.

Cette situation pourrait s'expliquer par le délai diagnostique très long et des difficultés liées à la faible disponibilité des traitements adjuvants. Une chimiothérapie adjuvante systémique est envisagée après chirurgie à visée curative pour tous les cancers de stade III UICC. Pour les cancers métastatiques, une chimiothérapie à visée palliative permet d'améliorer le confort de vie et la survie des patients.

Le choix est réalisé au cas par cas au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire [3]. Dans notre série 43,47% des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, essentiellement du FUFOL qui est le seul protocole économiquement à la portée de nos patients de manière durable. Le faible taux d'utilisation de la radiothérapie est dû à la faible disponibilité de ce moyen thérapeutique au Sénégal. En effet, un seul centre couvre la totalité du pays et la sous-région. Par conséquent, les délais de prise en charge sont extrêmement longs. La

survie globale selon la méthode de Kaplan-Meier est de 35,10% à 5ans. Ce taux est inférieur à celui des séries européennes [29], où il est autour de 50%. Cette disparité trouve son explication dans la précocité du diagnostic et la disponibilité des moyens thérapeutiques adéquats dans les pays développés.

CONCLUSION

Les cancers colorectaux sont un véritable problème de santé publique en Occident. Au Sénégal, en l'absence de registre des cancers, leur incidence est difficile à estimer. L'efficacité de leur prise en charge pourrait être nettement améliorée grâce à un diagnostic précoce. Le dépistage à l'échelle nationale par la recherche de sang dans les selles avec coloscopie totale systématique en cas de test positif devrait être intégré dans notre politique de santé.

Le toucher rectal qui est un geste simple est essentiel dans le diagnostic des cancers du rectum. Il doit être réalisé systématiquement devant des signes d'appel proctologiques. L'instauration du registre des cancers nous permettrait d'évaluer l'ampleur de cette pathologie de manière objective.

REFERENCES

- 1- **Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P.** Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; **55**: 74-108.
- 2- **Jemal A, Smith RA, Ward E.** Worldwide variations in colorectal cancer. *CA Cancer J Clin* 2009; **59**: 366-378.
- 3- **Zhao R, Li J.** Perspectives on the treatment of colorectal carcinoma. *World J Gastrointest Oncol* 2010; **2**(5): 229-234.
- 4- **Abdou Raouf O, Moussavou Kombila JB, Mabicka B et Coll.** Aspects épidémiologiques des cancers digestifs au Gabon. *Med Trop* 2002; **52** : 137-139.
- 5- **Attia. Yet al.** Les cancers coliques en Cote d'Ivoire : étude Clinique et épidémiologique. *Médecine d'Afrique Noire* 1981 ; **28**,353-358.
- 6- **J.F. Peko, J.R. Ibara, J.M. Dangou** : Profil Histo épidémiologique de 375 Cancers Digestifs Primitifs au CHU de Brazzaville *Med Trop* 2004; **64** : 168-170.
- 7- **Sawadogo A, Ilboudo P.D, Durand.** Epidémiologie des cancers du tube digestif au Burkina Faso. *Médecine d'Afrique noire* 2000 ; **47**, 582-586.
- 8- **Casanelli JM, Blegole, N'Guessan HA.** Cancer du rectum. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 16 cas au CHU de Treichville. *Mali Médical* 2005; **4**. 37- 40.
- 9- **Cappell M.** Colon cancer screening, surveillance, prevention and treatment: Conventional and novel technologies. *Med Clin North Am* 2005; **89**: 1-217.
- 10- **Celen O, Yildirim E, Berberoglu U.** Factors influencing outcome of surgery for stage I rectal cancer. *Neoplasma* 2004; **51**(6): 487-90.
- 11- **Adams E K. et al.** Colorectal cancer screening, 1997-1999: role of income, insurance and policy. *Prev Med* 2004; **38**: 551-557.
- 12- **Alan O'Hare, Helen Fenlon.** Virtual colonoscopy in the detection of colonic polyps and neoplasms. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2006; **20**(1): 79-92.
- 13- **Brendan C. et al.** Local therapy for rectal cancer. *Surgical Oncology* 2001; **10**: 61-69.
- 14- **Piet A. van den Brandt.** Nutrition in the prevention of gastrointestinal cancer. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2006; **20**(3): 589 – 603.
- 15- **Ferlay J, Autier P, Boniol M.** Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann. Oncol* 2007, **18**: 581-592.
- 16- **Mbengue M.** Cancers colorectaux au Sénégal : A propos d'une étude rétrospective de 258 dossiers recueillis à Dakar. Thèse Médecine. Dakar : 1985 ; N° 168.
- 17- **Ndiaye A.** Etude analytique des cancers colorectaux à HPD : à propos de 100 cas ; Thèse Médecine. Dakar. 1993 ; N° 56.
- 18- **Ndao. A. B.** Cancers colorectaux à l'HPD. Etude rétrospective menée sur 7 ans . Thèse Médecine. Dakar : 2005; N° 44.
- 19- **Segnan N, Senore C, Andreoni B.** Comparing attendance and detection rate of colonoscopy with sigmoidoscopy for colorectal cancer screening. *Gastroenterology* 2007; **132**: 2304-23_
- 20- **Dancourt V, Faivre J.** Epidémiologie et dépistage des CCR. *Rev Prat (paris)* 2004 ; **54** :135-42.
- 21- **Tebbutt N.C, Cattell E, Midgley R.** Systemic treatment of colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2002; **38**: 1000-1015.
- 22- **Kahnamoui K, Cadeddu M, Farrokhyar F, Anvari M.** Laparoscopic surgery for colon cancer: a systematic review. *Can J Surg* 2007; **50**(1):48-57.
- 23- **Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, et al.** Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; **365**:1718-26._
- 24- **Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, et al.** Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomized trial. *Lancet* 2002; **359**:2224-9.
- 25- **Sobrero A. et al.** New directions in the treatment of colorectal cancer: a look to the future. *Eur J Cancer* 2000; **36**: 559 – 566._
- 26- **Lin K.M, Ota D.M.** Laparoscopic colectomy for cancer: an oncologic feasible option. *Surgical Oncology* 2000; **9**: 127 – 134.
- 27- **E. Rullier.** Vers la fin des amputations abdomino-périnéales pour cancer. *Ann Chir* 2002 ; **127** : 589-590.
- 28- **Tuech J.-J, Michot F.** Cancer du rectum : préservation sphinctérienne et qualité de vie. *Ann Chir* 2005 ; **130** : 3-4.
- 29- **J.H. Lefevre.** Le cancer colorectal au 4e congrès de l'European Society of Coloproctology. *Colon Rectum* 2010 ; **4**:76-79.