

ARTICLE ORIGINAL

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DES CANCERS COLORECTAUX DU SUJET JEUNE AU NIGER : A PROPOS DE 57 CAS TRAITES A L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY

DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF COLORECTAL CANCER AMONG YOUNG IN NIGER : ABOUT 57 CASES

HAROUNA YD(1)*, DILLÉ I(1), HAMA Y(1), AMADOU S(1), IDE K(1), ZAKARI S(1),
ABDOU I(2), MADOUYOU M(2), MADOUYOU B(3), DIAKITÉ I(4), BOUBACAR K(5)

1 Service de Chirurgie Générale - 2 Anesthésie réanimation

3 Service de gastroentérologie - 4 Service d'oncologie médicale

5 Service d'imagerie médicale

Auteur Correspondant : HAROUNA Yacouba Djimba Service de Chirurgie Viscérale et
Thoracique Hôpital National BP 238 Niamey NIGER Tél : (+227) 96964960/90309460

Email : harounay2002@yahoo.fr

Résumé

Introduction : la survenue du cancer colorectal chez des sujets de moins de quarante ans n'est pas une situation habituelle. Le diagnostic connaît un retard important et le pronostic différent des cancers observés chez le sujet plus âgé. **Patients et méthode :** Dans le but d'identifier les problèmes diagnostiques et les facteurs influençant les cancers colorectaux du sujet jeune, nous revoyons en rétrospective les dossiers de 57 patients, tous âgés de moins de 40 ans pris en charge dans le service de chirurgie de l'hôpital national de Niamey de 2003 à 2012. Ils représentaient 24% de l'ensemble des cancers colorectaux pris en charge pendant la période. **Résultats :** il s'agissait de 38 hommes et 19 femmes d'un âge moyen de 32,5 ans et dont 47,3% avaient un âge compris entre 30 et 35 ans. Plus des 2/3 des malades vivaient en ville et 3/4 d'entre eux avaient un pouvoir économique faible. Le délai évolutif moyen était de 7 mois avec une symptomatologie dominée par les rectorragies (77,1%) et les douleurs abdominales (89,4%). Le diagnostic a été confirmé par l'endoscopie chez 47 malades, par le lavement baryté chez 10 malades, par le coloscanner chez 7 patients. Il s'agissait de tumeurs coliques (56,2%) et rectales dans 43,8% des cas. Le bilan d'extension les avait classées en stades C et D chez 49 malades. Trois malades avaient des métastases à distance lors du diagnostic. Tous les patients avaient bénéficié d'un geste chirurgical dont seulement 28 à visée curative. Il s'agissait d'adénocarcinome lieberkhunien (43 cas), mucineux (9 cas) et colloïde (5 cas), très bien, moyennement et peu différencié respectivement dans 57,8%, 28,07% et 14,03% des cas. La mortalité péri opératoire a concerné 10,5% et à un an 35% des malades. A deux ans postopératoires 12 malades avaient développé une récurrence locorégionale et 7 avaient des métastases. **Conclusion :** le pronostic des cancers colorectaux du sujet jeune est assombri par le diagnostic tardif, par la fréquence de certaines formes histologiques (adénocarcinomes mucineux et colloïdes). La prise en charge chez le sujet jeune doit être beaucoup plus agressive.

Mots clés : cancer, colorectal, jeune, diagnostic, pronostic

Summary :

Colorectal carcinoma is unusual situation and the prognosis is worse than adult cancer. The aim of this study is to determine diagnosis difficulties and prognosis features. A retrospective pathologic study was conducted to 57 patients treated for colorectal carcinoma in the unit of surgery of the national hospital of Niamey during 2003-2012. There were 38 males and 19 females aged mean 32,5 years with a highest frequency (47,3%) occurred in the age group 30-35 years. The mean of delay of symptom was 7 months and the common symptoms were rectorrhagia and abdominal pain. Diagnosis was done by endoscopy in 47 patients, by barium enema in 7 cases, by tomodesitometry in 3 cases. Cancer of the colon occurred in 56,2% patients and rectal carcinoma in 43,8% patients. Twenty (71.4%) of the 28 rectal cancers were digitally palpable. Most of our patients (n=49) presented with advanced cancer of stage IV & III of Dukes's classification. The tumours were 43 adenocarcinoma, 9 mucinal adenocarcinoma, 5 colloidal carcinoma, also histologically graded into well moderately and undifferentiated type. The curative resection was done in 28 patients and palliative in the rest. Post operatively chemotherapy and radiotherapy in respectively 37 and 11 patients. The mortality was 10,5% in perioperativ time and 35% after one year. At two years there were local recidivation in 12 patients and metastasis in 7 patients. Prognosis is very poor than adult cancer because of late of diagnosis and probably mainly related to histological typ like mucin producing tumor. Conclusion : Any young with complaints of vague abdominal pain, blood or mucus in the stool or features of haemorrhoids which may herald the onset of colorectal cancer should be adequately investigated with digital rectal examination and proctosigmoidoscopy and barium enema where appropriate.

Keys words : colorectal, cancer, diagnosis, prognosis

INTRODUCTION

Avec plus d'un million de nouveaux cas par an à travers le monde, les cancers colorectaux, réputés autrefois rares dans les pays en développement [1-2], y constituent désormais un problème de santé publique. En Afrique ces cancers s'observent chez des sujets beaucoup plus jeunes et le pronostic semble plus péjoratif [3-4]. Notre étude a pour objectif d'analyser les difficultés diagnostiques et les facteurs pronostiques des cancers colorectaux du sujet de moins de 40 ans à partir d'une série hospitalière.

MALADES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 9 ans (Janvier 2004-31 Décembre 2012) ayant concerné tous les malades âgés de moins de 40 ans, admis au service de chirurgie de l'hôpital national de Niamey pour cancer du côlon ou du rectum. Sont inclus les patients dont les dossiers comportent les données sociodémographiques, diagnostiques, thérapeutiques, histologiques et ayant bénéficié d'un suivi post opératoire d'au moins six mois.

RESULTATS

Pendant cette période, 237 patients avaient été pris en charge dans le service de chirurgie de l'hôpital national de Niamey pour cancer colorectal. Parmi eux 57 étaient âgés de moins de 40 ans et considérés comme jeunes. Il s'agissait de 38 sujets de sexe masculin et 19 de sexe féminin soit un sex-ratio de 2; d'un âge moyen de 32 ans \pm 10 ans avec des extrêmes de 11 ans et 39 ans 7 mois. Un pic d'incidence était observé entre 30-35 ans (n=27 soit 47,36%), 5 patients étaient âgés de moins de 20 ans soit 8,7%. Sept patients avaient des antécédents de cancer personnels ou familiaux : une patiente opérée deux ans auparavant d'un cancer du sein, quatre patients dont un parent au premier degré avaient développé un cancer digestif, deux patients sœurs dont la mère a été opérée d'un cancer du col. Plus des 2/3 (n=38) des malades vivaient en ville mais 3/4 des malades (n=43) étaient issus de milieu social modeste ou défavorisé. Le délai moyen séparant le début des symptômes et le diagnostic était de 7

mois avec des extrêmes de 10 jours et 21 mois. La symptomatologie était dominée par la rectorragie (n=44 soit 77,1%), les douleurs abdominales (n=51 soit 89,4%). L'amaigrissement, l'anémie et l'anorexie étaient des signes retrouvés respectivement chez 87%, 71% et 54% des malades. La tumeur colique était palpable chez 68,75% des malades (n=22) et perceptible au toucher rectal dans 76% des tumeurs rectales (n=19). Le diagnostic a été confirmé par la colonoscopie chez 47 malades (82,4%). Chez 7 malades, le lavement baryté a été l'examen qui a permis d'évoquer le diagnostic (12,2%) et chez trois patients il s'agissait du coloscanner. Le cancer était colique 32 fois (56,1%) et rectal 25 fois (43,8%). Le bilan d'extension avait consisté en une radiographie du thorax et une échographie abdominale chez tous les malades et un scanner abdomino-thoracique chez 31 malades.

Trois malades (5,2%) avaient une localisation hépatique au moment du diagnostic. Le diagnostic histologique pré opératoire était connu chez 39 malades (68,4%). Au plan thérapeutique, tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, à visée curative dans 28 cas (49,12%) et palliative dans 25 cas (43,8%); chez 4 patients une simple biopsie avait été pratiquée et 2 fois une métastectomie hépatique dans le même temps opératoire. Selon la classification de Dukes il s'agissait de 8 stade B, 15 stade C et 34 stade D. Le protocole de chimiothérapie utilisé était le protocole FuFol : post opératoires chez 37 malades, pré et post opératoires chez 15 malades ; moins de 6 cures chez 19 malades (problèmes financiers, décès).

Seuls 11 malades avaient bénéficié de radiothérapie post opératoire à l'étranger. Sur le plan histologique il s'agit d'adénocarcinome lieberkhunien (43 cas), mucineux (9 cas) et colloïde (5 cas), très bien, moyennement et peu différencié respectivement dans 57,8% (n=33), 28,07% (n=16) et 14,03% des cas (n=8). L'évolution péri opératoire a été marquée par plusieurs complications surtout médicales chez 13 malades et le décès de 6 malades (10,5%). A douze mois post opératoires, 17 malades étaient perdus de vue et 14 malades étaient décédés portant la mortalité à 35,08%. A 1 et 2 ans post opératoires 8 et 12 malades avaient développé une récurrence loco-régionale. Des métastases hépatique et pulmonaire ont été notées

chez 7 patients. Trois malades ont bénéficié d'un suivi de plus de cinq sans récurrence ni métastase.

DISCUSSION

Les cancers digestifs en général, les cancers colorectaux en particuliers sont réputés rares dans les pays en développement [2]. Ces dernières années on assiste à une recrudescence de ces cancers liée très probablement à l'urbanisation croissante des populations et certainement aux changements des habitudes alimentaires.

Les cancers digestifs surviennent en général au cours de la sixième décennie de vie chez un patient aux tares souvent associées [2,5-6]. Malheureusement le sujet jeune n'est pas épargné et les cancers colorectaux s'observent une décennie de moins que l'âge de survenue dans les pays développés [5,7]. Au cours de notre étude les sujets de moins de 40 ans représentent 24% des cas de cancers colo rectaux opérés dans notre service, taux similaire à ceux rapportés par d'autres études [2, 5,7-9].

De récentes études tentent d'expliquer cette fréquence exagérée des cancers colorectaux chez des sujets de plus en plus jeunes ; aussi il semble s'établir une relation entre cancers colorectaux et lésions coliques induites par certaines parasitoses fréquentes sous les tropiques. La schistosomiase par exemple, pathologie parasitaire endémo épidémique dans nos pays, induit des lésions coliques classées pré cancéreuses comme cela avait été démontré pour les cancers de vessie [9-13]. Il est évident que des études doivent être menées au plan alimentaire en vue d'identifier d'éventuelles substances cancérigènes dans notre alimentation.

Plusieurs facteurs s'associent pour rendre péjoratif le pronostic des cancers colorectaux du sujet

jeune des pays en voie de développement. D'abord un diagnostic retardé : les principaux signes révélateurs des cancers colorectaux à savoir rectorragie et douleur abdominale connaissent d'autres étiologies plus fréquentes sous les tropiques [6-7,14-16]. Les rectorragies sont ainsi souvent mises sur le compte des hémorroïdes alors que les étiologies les plus fréquentes des douleurs abdominales sont les parasitoses intestinales. S'y ajoute l'inaccessibilité aux services de qualité : le manque d'un examen physique soigneux initial et la non disponibilité d'examens spécifiques comme l'endoscopie basse. Ces facteurs expliquent le retard à la consultation spécialisée et donc le diagnostic. Comme chez l'adulte le cancer de la charnière recto sigmoïdienne est le plus fréquent [4-5,7,14]. Plus de 86% de notre échantillon sont des stades C et D comme l'avaient rapporté certains auteurs [2,4-5,8-9,14-15]. A ces stades la chirurgie, principale arme thérapeutique disponible, est rarement indiquée à visée curative [2,4] expliquant le faible taux à visée curative observée dans notre étude. Pour beaucoup d'auteurs [3-4] le type histologique et le degré de différenciation de la tumeur constituent d'autres facteurs aggravant du pronostic. Dans notre étude chez 14 patients (24,5%) il s'agissait d'adénocarcinomes mucineux et colloïdes considérés par beaucoup d'auteurs comme étant des tumeurs de très mauvais pronostic [1,3,7,16-17]

CONCLUSION :

Plusieurs facteurs s'associent pour rendre redoutable le pronostic des cancers colo rectaux du sujet jeune. Tous les efforts doivent s'orienter vers un diagnostic précoce.

REFERENCES

1. **La Rosa F, Tozzi P, Saltalamacchi G, Vitali R** : descriptive epidemiology of malignant tumor of the colon and rectum. *Ann Ig* 1989; 1(5): 889-22
2. **Pignon T, Andriamanday V, Ralantoarimihanta M, Rakotobe A, Randrianonimandimby J.**: Colorectal cancer in Madagascar. A study of 81 cases diagnosed and treated at the Antananarivo General Hospital. *Bull Cancer*. 1988; 75(10):963-9.
3. **Rose RH, Axelrod DM, Aldea PA, Beck AR.** : Colorectal carcinoma in the young. A case report and review of the literature. *Clin Pediatr* 1988; 27(2):105-8.
4. **Karnak I, Ciftci AO, Senocak ME, Büyükpamukçu N.**: Colorectal carcinoma in children. *J Pediatr Surg*. 1999; 34(10):1499-4.
5. **Seleye-Fubara D, Gbobo I.**: Pathological study of colorectal carcinoma in adult Nigerians: a study of 45 cases. *Niger J Med*. 2005;14(2):167-72.
6. **Ibrahim KO, Anjorin AS, Afolayan AE, Badmos KB.**: Morphology of colorectal carcinoma among Nigerians: a 30-year review. *Niger J Clin Pract*. 2011;14(4):432-5
7. **Ibrahim OK, Afolayan AE, Adeniji KA, Buhari OM, Badmos KB.**: Colorectal carcinoma in children and young adults in Ilorin, Nigeria. *West Afr J Med*. 2011;30(3):202-5.
8. **Edino ST, Mohammed AZ, Ochicha O.** : Characteristics of colorectal carcinoma in Kano, Nigeria: an analysis of 50 cases. *Niger J Med*. 2005; 14(2) : 161-6
9. **El-Bolkainy TN, Sakr MA, Nouh AA, El-Din NH.** : A comparative study of rectal and colonic carcinoma: demographic, pathologic and TNM staging analysis. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2006;18(3):258-63.
10. **Salim OE, Hamid HK, Mekki SO, Suleiman SH, Ibrahim SZ.** : Colorectal carcinoma associated with schistosomiasis: a possible causal relationship. *World J Surg Oncol*. 2010,13(8):68.
11. **Li WC, Pan ZG, Sun YH** : Sigmoid colonic carcinoma associated with deposited ova of *Schistosoma japonicum*: a case report. *World J Gastroenterol*. 2006;12(37):6077-9.
12. **Madbouly KM, Senagore AJ, Mukerjee A, Hussien AM, Shehata MA, Navine P, Delaney CP, Fazio VW.** : Colorectal cancer in a population with endemic *Schistosoma mansoni*: is this an at-risk population? *Int J Colorectal Dis*. 2007;22(2):175-81
13. **Hamed MA, Ahmed SA, Khaled HM.**: Efficiency of diagnostic biomarkers among colonic schistosomiasis Egyptian patients. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2011;106(3):322-9.
14. **Diallo Owono FK, Nguema Mve R, Ibaba J, Mihindou C, Ondo N'dong F.** Epidemiological and diagnostic features of colorectal cancer in Libreville, Gabon. *Med Trop* 2011; 71(6):605-7.
15. **Dem A, Kasse AA, Diop M, Gaye-Fall MC, Doui PS, Toure P.** epidemiological and therapeutic aspects of rectal cancer in Senegal : 74 cases at the Cancer Institute of Dakar. *Dakar Med*. 2000;45(1): 66-9
16. **Griffin PM, Liff JM, Greenberg RS, Clark WS.**: Adenocarcinomas of the colon and rectum in persons under 40 years old. A population-based study. *Gastroenterology*.1991;100(4):1033-40.
17. **Sharma AK, Gupta CR.** : Colorectal cancer in children: case report and review of literature. *Trop Gastroenterol*. 2001;22(1):36-9.