

PROFIL HISTO-EPIDEMIOLOGIQUE DE 375 CANCERS DIGESTIFS PRIMITIFS AU CHU DE BRAZZAVILLE

J.F. PEKO, J.R. IBARA, J.M. DANGOU, C. GOMBE MBALAWA

Med Trop 2004; **64** : 168-170

RÉSUMÉ • Dans le cadre d'une étude rétrospective réalisée au CHU de Brazzaville, nous avons voulu déterminer le profil histo-épidémiologique des cancers digestifs primitifs à partir de 375 cas sur 2558 cancers diagnostiqués dans le Service d'Anatomie Cytologie Pathologique de janvier 1992 à décembre 2001. Leur fréquence est estimée à 14,6%. Le sex-ratio est de 1,5. L'âge moyen varie entre 39 et 49 ans. Le foie (40,2%) est l'organe de prédilection suivie des cancers colo-rectaux (30,2%), de l'estomac (26,2%) et de l'œsophage (2,1%). Parmi les facteurs favorisants, le régime pauvre en fibre alimentaire, la forte consommation des aliments fumés et les antécédents d'hépatite à virus B et C sont une réalité incontestable dans notre pays. Au plan histopathologique, les adénocarcinomes avec 57% des cas constituent la variété la plus fréquente. En effet ce type a été observé au niveau de l'œsophage, de l'estomac, du colon, du rectum, et du pancréas. Pour réduire l'incidence de ces cancers, il est nécessaire d'envisager la recherche et le traitement systématique des lésions précancéreuses chez des sujets à risque.

MOTS-CLÉS • Cancers digestifs - Epidémiologie - Histopathologie.

HISTOEPIDEMIOLOGIC PROFILE OF 375 PRIMARY BOWEL CANCERS AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN BRAZZAVILLE, CONGO

ABSTRACT • This retrospective study was undertaken to determine the histoepidemiologic profile of primary digestive tract cancer based on analysis of 375 of the 2558 cases diagnosed in the Cytopathology Department of the the University Hospital Center in Brazzaville, Congo from January 1992 to December 2001. Incidence was 14.6%. The sex ratio was 1:5. Age ranged from 39 to 49 years. The liver (40.2%) was the most frequent location followed by the colon/rectum (30.2%), stomach (26.2%), and esophagus 2.1%. Predisposing factors included low-fiber diet, heavy consumption of smoked foods, and history of hepatitis B and C virus infection. The most frequent histological entity accounting for 57% of cases was adenocarcinoma that was observed in the esophagus, stomach, colon, rectum, and pancreas. Systematic screening and treatment of precancerous lesions in high-risk patients is necessary to reduce the incidence of digestive tract cancer.

KEY WORDS • Digestive tract cancer – Epidemiology – Cytopathology.

La pathologie cancéreuse reste d'actualité et fait l'objet de nombreux travaux épidémiologiques et thérapeutiques. En Afrique comme en Europe les données relatives aux cancers digestifs englobant ceux du tube et des glandes annexes connaissent une certaine disparité (1-3). En réalisant cette étude nous avons voulu déterminer les particularités épidémiologiques et histopathologiques de ces cancers à Brazzaville.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à partir des archives du Laboratoire d'Anatomie Pathologique et des Services

d'hospitalisation du CHU de Brazzaville. Les critères d'inclusion ont été tous les cas de cancers primitifs digestifs confirmés histologiquement sur des biopsies ou des pièces opératoires de janvier 1992 à décembre 2001.

Ont été exclus les dossiers ne comportant pas de renseignements sur la nature histopathologique de la tumeur digestive, ou un diagnostic histopathologique non établi par le Laboratoire d'Anatomie Pathologique du CHU de Brazzaville. Les variables étudiées ont été au plan épidémiologique: l'âge, le sexe, le régime alimentaire, les antécédents d'hépatite à virus B ou C, de polype ou de maladie cryptogénétique. Au plan anatomo-pathologique, ont été étudiés le siège et les caractéristiques histopathologiques, de ces tumeurs. Nous avons ensuite comparé ces différentes données avec celles de la littérature.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude 2558 cancers ont été colligés au Laboratoire d'Anatomie Pathologique du CHU de Brazzaville, parmi lesquels 375 étaient des cancers digestifs primitifs survenus chez des sujets pour la plupart des citoyens. La fréquence était de 14,6%. Les hommes et les

• Travail du Laboratoire d'Anatomie Pathologique (J.F.P., Chef de Travaux Assistant) et du Service de Médecine et de Gastro-Entérologie (J.R.I., Professeur agrégé Université Marien Ngouabi) du CHU de Brazzaville, du Laboratoire d'Anatomie Pathologique (J.M.D., Professeur Titulaire Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar) du CHU A. Diop de Dakar, Sénégal et du Service de Médecine et de Carcinologie (C.G.M., Professeur Titulaire Université Marien Ngouabi), CHU de Brazzaville.

• Correspondance : P. J.F. PEKO, B.P. 2672, Brazzaville, Congo.

• E-mail : jfpeko@yahoo.fr •

• Article reçu le 30/10/2003, définitivement accepté le 24/05/2004.

femmes étaient représentés dans les proportions respectives de 58,7% (n=220) et 41,3% (n=155) soit un sex-ratio de 1,4. Concernant la localisation, le cancer du foie était le plus fréquent 40,2% (n=151) suivi de ceux du rectum et du colon : 30,2% (n=113), de l'estomac : 26,2% (n= 98), de l'œsophage : 2,1% (n= 8), du pancréas : 0,8% (n= 3) et de l'anus : 0,5% (n=2). L'âge moyen des cancers les plus fréquents était 39 ans pour le cancer du foie ; 49 ans pour le cancer colorectal et 45 ans pour l'estomac. Les données disponibles dans les services d'hospitalisation n'ont pas permis d'obtenir les renseignements épidémiologiques sur tous les malades.

Néanmoins 80% des malades ayant présenté un cancer du foie avaient des antécédents d'hépatite à virus B ou C quelques années auparavant ; et 10% de cancers colorectaux sont survenus chez des sujets ayant des antécédents de polype adénomateux. Au plan histopathologique il s'agissait le plus souvent d'adénocarcinome (57%, n=214) ayant été diagnostiqués sur le colon, le rectum, le bas œsophage et le pancréas suivis des carcinomes hépato-cellulaires (40,3%, n=151), des carcinomes épidermoïdes (2,1%, n= 8), de lymphome de type MALT (0,3%, n= 1) et de léiomyosarcome (0,3%, n= 1). Pour l'étude effectuée sur les pièces opératoires, l'établissement du stade histopronostic de Gutmann pour les cancers de l'estomac et d'Astler Collier ou TNM pour ceux du colon et du rectum a permis de constater que le diagnostic était fait à un stade avancé de la maladie.

DISCUSSION

Les cancers digestifs sont fréquents (2). Au Congo, selon le registre des cancers de Brazzaville les cancers digestifs viennent au 2^e rang, derrière les cancers gynécologiques. Au Gabon ils occupent la 3^e place après les cancers gynécologiques et ORL (4). Dans notre série comme dans de nombreuses études Africaines et Européennes (1, 2, 4) les hommes, par rapport aux femmes semblent plus touchés. Mais quelque soit le sexe, ces cancers surviennent chez des sujets relativement plus jeunes en Afrique qu'en Europe (2, 6, 7) En effet les travaux de Faivre *et Coll* (3) montrent qu'en France les cancers digestifs sont rares avant 50 ans ou 55 ans selon les localisations. Cette survie à un âge jeune des cancers digestifs en Afrique peut s'expliquer par deux faits :

- la courte espérance de vie des africains par rapport aux populations européennes ; elle est de 55 ans au Congo ;
- plus de la moitié des populations africaines est jeune ; au Congo 70,6% de la population a moins de 40 ans d'après le recensement général de 1996.

Concernant les facteurs de risques des cancers digestifs les plus fréquents, le rôle de l'hépatite à virus B ou C dans la survie des cancers du foie n'est plus à démontrer (9, 10). Le Congo se trouve en zone tropicale et cette affection sévit sous une forme endémique. Quant aux cancers colorectaux, une étude précédente chez 210 cancéreux colo-rectaux (5) a constaté la faible fréquence des polypes et des colites cryptogénétiques. Au Sénégal

Peghini *et Coll* (11) n'ont trouvé aucun cas de polyposé multiple ou familiale et aucun cas de cancer chez un malade porteur de rectocolite hémorragique sur 18 000 endoscopies digestives dont 500 coloscopies. La rareté des lésions précancéreuses laisse présager l'existence en milieu tropical de carcinogènes autres que ceux impliqués en Europe. Les facteurs alimentaires semblent occuper une place importante. De nombreux travaux (12, 13) ont établi le rôle protecteur des fibres alimentaires contre le cancer colorectal. En effet, ces fibres accélèrent le transit colique, réduisent le temps de contact avec la muqueuse intestinale, ainsi que le temps d'action des bactéries sur les sels biliaires, limitant ainsi la quantité des produits cancérogènes. Malheureusement le régime des congolais, surtout urbains tend à s'occidentaliser : en effet ils consomment de plus en plus de viande fraîche, ou fumée et l'espérance de vie devient plus longue. Il faut s'attendre pour cela à une augmentation des cancers colo-rectaux dans quelques années en milieu Congolais. Pour les cancers de l'estomac, la réduction de la consommation de sel et de nitrate, impliqués dans la carcinogénèse gastrique (14) est une conséquence positive de l'occidentalisation de la société Congolaise, car la salaison, le fumage et la mise en conserve des aliments sont actuellement remplacés par la réfrigération. Au plan topographique, le foie suivi du colon du rectum et de l'estomac sont les organes les plus touchés par les cancers digestifs. Nos résultats sont identiques à ceux d'Abdou au Gabon (4). Dans les séries françaises (1, 2, 15) se sont plutôt les cancers colo-rectaux qui sont les plus fréquents suivi de ceux de l'estomac. Au plan histopathologique notre constat relatif à la prédominance des adénocarcinomes corrobore celui de nombreux auteurs africains et européens (4, 15-17). Ils étaient fréquents dans les cancers colo-rectaux et étaient le plus souvent différenciés. Les autres types, notamment les lymphomes de type MALT (0,3%), les léiomyosarcomes (0,3%), et les carcinomes épidermoïdes (2,1%) sont rares comme dans de nombreuses séries africaines et européennes (1, 2, 4, 16). En Afrique en général et au Congo en particulier le diagnostic est souvent fait à un stade avancé de la maladie (4, 6, 16, 17). Dans notre série 85% des cancers colorectaux avaient un stade supérieur ou égal à B1 d'Astler et Collier, soit un stade supérieur ou égal à T2 de la classification pTNM de 1997.

CONCLUSION

Les cancers digestifs primitifs sont fréquents. Ils surviennent chez des sujets relativement jeunes, le plus souvent de sexe masculin. Le foie, le colon, le rectum, et l'estomac sont les organes de prédilection. La réduction de leur fréquence passe par un changement des habitudes alimentaires, l'obligation de la vaccination contre l'hépatite à virus B, mais aussi par la recherche et le traitement des lésions précancéreuses.

RÉFÉRENCES

- 1 - DIOMANDE MI, TROH E, BOKA BM *et Coll* - Aspects histo-épidémiologiques des cancers gastriques en Côte d'Ivoire a propos de 216 cas colligés en 10 ans (1983-1992). *Re Int Sci Med* 2000; **2** : 110-114.
- 2 - SEGOL PH, VERWAERDE JC, FOURNIER JL - Cancer de l'estomac. Notion fondamentales et diagnostiques. *Encycl Med Chir - Estomac* 1987; **9027** : A20.
- 3 - FAIVRE J, GROSCLAUDE P, LAUNOY G *et Coll* - Les cancers digestifs en France. Distribution géographique et estimation de l'incidence nationale. *Gastroenterol Clin Biol* 1997; **21** : 174-180.
- 4 - ABDOU RAOUF O, MOUSSAVOU KOMBILA JB, MABICKA B *et Coll* - Aspects épidémiologiques des cancers digestifs au Gabon. *Med Trop* 2002; **62** : 326.
- 5 - IBARA JR, KALINA MENGA PR, DEBY GASSAYE *et Coll* - Les cancers du côlon et du rectum à Brazzaville (CONGO). A propos d'une étude hospitalière de 210 cas. *Sem Hop Paris* 1999; **75** : 1316-1320.
- 6 - GUINDO A, DUFLO-MOREAU B, DEMBELE M - Le cancer de l'estomac au Mali. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. A propos de 70 cas. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1979; **15** : 23-26.
- 7 - RAVERDY N, MEURISSE I, FARDELLE P, DUPAS JL - L'épidémiologie des cancers colo-rectaux dans le département de la Somme (1983-1984). *Ann Gastroenterol Hepatol* 1997; **33** : 117-126.
- 8 - PIENKOWSKI P, CABARROT P, BRIANT-VINGENS D *et Coll* - Incidence du cancer colo-rectal dans le département de la Haute-Garonne. Bilan de deux années d'enregistrement (1982-1983). *Gastroenterol Clin Biol* 1986; **10** : 497-503.
- 9 - BERENI J, CHASTEL C - L'hépatite virale persistante. *Presse Med* 1969; **77** : 1713-1715.
- 10 - MARTIN E, FELDMANN G - Histogenèse des hépatomes. Histopathologie du foie et des voies biliaires de l'adulte et de l'enfant. Masson ed, Paris, 1983, pp 300-301.
- 11 - PEGHINI M, BARABE P, TOUZE JE *et Coll* - Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal. Apport de 18 000 endoscopies effectuées à l'Hôpital Principal de Dakar. *Med Trop* 1990; **50** : 205-208.
- 12 - BURKITT DP - Epidemiology of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 1971; **28** : 3-13.
- 13 - ASTORG P - Fibres alimentaires et cancer colorectal : études expérimentales, épidémiologie, mécanismes. *Gastroenterol Clin Biol* 2002; **26** : 893-912.
- 14 - POTET - Tumeurs épithéliales de l'estomac. In « Histopathologie du tube digestif ». Masson ed, Paris, 1988, pp 69-73.
- 15 - FAIVRE J - Epidémiologie du cancer colo-rectal; perspective de prévention. *Rev Prat* 1994; **44** : 2683-2687.
- 16 - TRAORE SS, ILBOUDO PD, SANU D *et Coll* - Les cancers du tube digestif au CHNYO de Ouagadougou (Burkina Faso). *Med Afr Noire* 1995; **42** : 509-512.
- 17 - SANKALE M, SOWA M, AGBRETA MA - Le cancer de l'estomac dans un service de médecine interne en Afrique Noire. A propos de 40 cas observés à Dakar. *Med Afr Noire* 1978; **25** : 167-170.

**Consultations de Prévention des Maladies du Voyageur
Centres de Vaccination anti-amarile
des Hôpitaux d'Instruction des Armées**

	Consultation pour le public	Renseignements téléphoniques (réservés aux médecins et pharmaciens)
<u>BORDEAUX</u>		
Hôpital Robert-Picqué Route de Toulouse	05 56 84 70 99 Du lundi au jeudi sur rendez-vous	05 56 84 70 38
<u>BREST</u>		
Hôpital Clermont-Tonnerre Rue du Colonel Fonferrier	02 98 43 76 16 Lundi et mercredi après-midi sur rendez-vous	02 98 43 76 16 02 98 43 73 24
<u>LYON</u>		
Hôpital Desgenettes 108 Boulevard Pinel	04 72 36 61 24 Du lundi au vendredi sur rendez-vous. Vendredi matin sans rendez-vous	04 72 36 61 24
<u>MARSEILLE</u>		
Hôpital Laveran Boulevard Laveran	04 91 61 73 54 ou 56 du lundi au vendredi sur rendez-vous	04 91 61 71 13 04 91 61 72 32
<u>METZ</u>		
Hôpital Legouest 27 avenue de Plantières	03 87 56 48 62 Lundi, mercredi et jeudi après-midi sur rendez-vous	03 87 56 48 62
<u>SAINT-MANDE</u>		
Hôpital Bégin 69 avenue de Paris	01 43 98 50 21 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	01 43 98 50 21
<u>TOULON</u>		
Hôpital Sainte-Anne Boulevard Sainte-Anne	04 94 09 93 60 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	04 94 09 93 60