

Aspects épidémiologiques et diagnostiques des cancers colorectaux à Libreville (Gabon)

Diallo Owono FK¹, Nguema Mve R¹, Ibaba J², Mihindou C¹, Ondo N'dong F¹

1. Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales

2. Département de Médecine Interne

Faculté de Médecine - Université des Sciences de la Santé
Libreville-Gabon

Med Trop 2011 ; 71 : 605-607

RÉSUMÉ • *Objectif.* Il s'agissait de déterminer le profil épidémiologique des cancers colorectaux au Gabon et d'en préciser les aspects cliniques et para cliniques. *Matériel et méthodes.* L'étude était rétrospective, monocentrique, descriptive. Elle concernait tous les cas de cancers colorectaux colligés entre Septembre 1996 et Septembre 2006 au Centre Hospitalier de Libreville (Gabon). Les caractères épidémiologiques, les formes anatomo-cliniques et les moyens diagnostiques étaient étudiés. *Résultats.* Cinquante et un dossiers étaient retenus. L'âge moyen des patients était de 48 ans, le sex ratio de 1,3 en faveur des femmes. La durée d'évolution clinique moyenne était comprise entre 6 mois et 1 an. Les douleurs abdominales et les troubles digestifs étaient les signes les plus fréquents. Quarante neuf pour cent des patients bénéficiaient d'une endoscopie basse. La localisation recto-sigmoïdienne représentait 80% de l'ensemble de ces cancers. L'adénocarcinome lieberkühnien représentait 98% des cas. *Conclusion.* Initialement cancer des pays avancés, le cancer colorectal est décrit dorénavant dans nos régions, alors que les données de la littérature et le registre gabonais des tumeurs (1984-93) affirmaient le contraire. Il atteint souvent l'adulte jeune. La localisation rectale prédomine dans notre étude. Le diagnostic généralement tardif, explique le pronostic sombre. L'enseignement, la meilleure connaissance des signes d'appel ainsi que l'accès à des moyens diagnostiques plus performants, devraient concourir à un diagnostic plus précoce et à une amélioration du pronostic de cette affection en Afrique.

MOTS-CLÉS • Cancers colorectaux. Epidémiologie. Diagnostic. Gabon.

EPIDEMIOLOGICAL AND DIAGNOSTIC FEATURERS OF COLORECTAL CANCER IN LIBREVILLE, GABON

ABSTRACT • *Objective.* The purpose of this study was to determine the epidemiological profile of colorectal cancer in Gabon and to describe its clinical and laboratory features. *Material and methods.* This retrospective monocentric descriptive study was based on all cases of colorectal cancers managed at the Libreville Hospital Center during the 10-year period from September 1996 to September 2006. Study endpoints included epidemiological characteristics, anatomoclinical forms and diagnostic methods. *Results.* A total of 51 cases were included. Mean patient age at time of diagnosis was 48 years. The sex ratio was 1.3 with a female predominance. Mean duration of symptoms ranged from 6 months to 1 year. Abdominal pain and digestive disturbances were the most common manifestations. Lower digestive-tract endoscopy was performed in 49 patients. The tumor was located at rectosigmoid junction in 80% of cases. Lieberkühnian adenocarcinoma accounted for 98% of cases. *Conclusion.* Initially described in industrialized countries, colorectal cancer is now being reported in developing regions, even though data from the literature and Gabonese cancers register (1984-93) indicate otherwise. It often involves young adults. The rectum was the most frequent site in this study. Delayed diagnosis is the main reason for poor prognosis. Education to improve awareness of early clinical signs as well improvement of diagnostic facilities should allow early detection and better prognosis of colorectal cancer in Africa.

KEY WORDS • Colorectal cancer. Epidemiology. Diagnosis. Gabon.

L'incidence des cancers colorectaux (CCR) est en augmentation en Afrique, certainement du fait des changements importants intervenus au niveau des habitudes alimentaires, du mode de vie et d'un meilleur diagnostic du fait de l'accès aux soins de la population. Au Gabon, ils sont au premier rang des cancers digestifs, devant le cancer du foie et celui de l'œsophage alors qu'ils n'étaient pas rapportés dans le registre gabonais des cancers entre 1984 et 1993 (1). Le but de cette étude était de déterminer le profil épidémiologique du CCR dans notre contexte d'exercice et, de préciser ses aspects cliniques et para cliniques.

Septembre 1996 et Septembre 2006 au Centre Hospitalier de Libreville (CHL) (Gabon), dans les services d'oncologie médicale et de chirurgie viscérale, étaient inclus. Les paramètres étudiés concernaient le sexe, l'âge, les antécédents, les circonstances de découverte, la durée d'évolution clinique définie par l'intervalle séparant les premiers symptômes du diagnostic, les moyens diagnostiques mis en œuvre, les formes anatomo-cliniques, l'histopathologie et la classification TNM de chaque tumeur.

Patients et méthode

L'étude était rétrospective, mono centrique et descriptive. Tous les cas de CCR prouvés histologiquement, colligés entre

Résultats

Cinquante et un dossiers étaient retenus sur 10 ans.

Age et sexe

L'âge moyen de nos patients était de 48 ans avec des extrêmes de 17 et 80 ans. Il y avait 29 femmes (57 %) et 22 hommes (43 %).

• Correspondance : follykd60@yahoo.fr

• Article reçu le 04/11/2010, définitivement accepté le 05/10/2011

Tableau 1. Répartition selon les moyens diagnostiques.

	Effectif	%	% anormaux
Echographie	33	65	21
Coloscopie totale	25	49	100
Tomodensitométrie	10	20	60
Lavement baryté	7	14	100

Tableau 2. Répartition selon la localisation.

	Effectif	Pourcentage
Caecum	7	14
Colon ascendant	2	4
Colon transverse	1	2
Sigmoïde	19	37
Rectum	22	43
Total	51	100

Antécédents

Quinze patients (29 %) avaient des antécédents de granulomes bilharziens, 11 (21 %) de polypes adénomateux et 2 (4 %) de diverticulose colique.

Circonstances de découverte

Les douleurs abdominales (67 %, n=34), les troubles digestifs de types diarrhées et/ou constipation (55 %, n=28) et les rectorragies (43 %, n=22) étaient les symptômes les plus fréquents. Huit cas étaient révélés par une occlusion intestinale.

Durée d'évolution

La durée d'évolution moyenne était comprise entre 6 et 24 mois, avec des extrêmes de 90 jours et trois ans.

Moyens diagnostiques

Ils se déclinaient selon le tableau suivant (tableau 1).

Formes anatomiques

Elles se répartissaient selon les proportions ci-après (tableau 2).

Histopathologie

Le type histopathologique dominant était l'adénocarcinome lieberkühnien avec 98 % des cas :

Bien différencié dans 39 % des cas, indifférencié dans 29 %, moyennement différencié dans 16 % et peu différencié dans 14 %. Un cas de léiomyosarcome (2 %) a été retrouvé.

Classification

L'extension loco régionale, appréciée chez tous les patients selon la classification TNM a donné les résultats suivants (tableau 3).

Tableau 3. Classification tumorale (UICC).

	Effectif	Pourcentage
Stade I	4	7
Stade II	17	34
Stade III	23	46
Stade IV	7	13
Total	51	100

Discussion

Non rapporté dans le registre gabonais des cancers entre 1984 et 1993, le CCR constitue actuellement au Gabon, le 1er cancer digestif devant les cancers du foie et de l'œsophage. Aux USA, il représente la troisième cause de décès par cancer chez l'homme et chez la femme. Classiquement rare en Afrique inter-tropicale, il n'est cependant pas exceptionnel et d'importantes séries ont été publiées (2-5). L'incidence moyenne annuelle est faible avec quatre cas au Mali sensiblement identique à la nôtre qui est de cinq qui s'explique peut être par une sous déclaration des cas ou, une difficulté d'accès aux soins des populations (1, 5). L'âge moyen qui est de 48 ans plus ou moins 6 ans dans la plupart des séries africaines est nettement inférieur à celui des pays industrialisés où ce cancer apparaît autour de 60 ans (7). Si dans ces séries, la prédominance masculine a été soulignée, dans la nôtre et dans celle de Diarra, le sex ratio est en faveur des femmes (5, 8). Faut-il y voir, l'influence de l'usage abusif de purgatifs locaux irritants, efficaces contre la constipation selon un grand nombre de femmes en Afrique Centrale ? Une étude dans ce sens mérite d'être menée. Certains facteurs alimentaires ont été incriminés dans la genèse des CCR : au Mali, des auteurs ont trouvé que la consommation fréquente de poissons séchés et fumés, de viande conservée naturellement était, significativement associée aux cas de CCR ; cette notion n'est pas retrouvée dans notre étude (5, 6). Du point de vue clinique, Adekunle *et al.* ont signalé des antécédents de granulome bilharzien, que nous avons également trouvé pour 29 % de nos patients (9-11). D'après les données de la littérature il n'y aurait pas d'augmentation de la prévalence des cancers coliques chez les malades atteints de bilharziose ; cependant des constatations asiatiques révèlent que des polypes adénomateux côtoient des polypes bilharziens chez les malades atteints de bilharziose à *Shistosoma japonicum* avec une plus grande fréquence que dans la population générale (11, 12). En Chine, sur une série de 454 cancers colorectaux, 289 d'entre eux étaient associés à une schistosomiase à *S. japonicum* (12). Il semble donc possible que l'inflammation chronique puisse être responsable de dysplasie épithéliale puis de néoplasie avec la participation des lésions colorectales préexistantes telles que polype adénomateux dont la responsabilité dans la genèse de ces cancers est établie depuis fort longtemps. On peut l'évoquer en Afrique où, Takongmo *et al.* au Cameroun, Casanelli *et al.* en Côte-d'Ivoire ont signalé la rareté des adénomes coliques dans leurs séries quand dans la nôtre, on en comptait 11 cas (13, 14). Les circonstances diagnostiques observées dans notre étude, rejoignent les données de la littérature africaine par contre le délai diagnostique est très long (6 à 24 mois), s'expliquant par un retard à la consultation dont les explications sont principalement centrées sur un recours 1^{er} à la médecine traditionnelle et sur une difficulté d'accès aux soins (7, 17). D'autres séries rapportent une durée d'évolution moyenne supérieure à 12 mois (1, 5, 8) expliquant le pronostic sombre à l'échelle régionale

ainsi qu'en témoigne le taux de mortalité qui varie de 19 à 57 % selon les séries (5, 14, 15). A l'instar des travaux de Sawadogo et Takongmo, qui avaient également utilisés une coloscopie totale, la localisation rectosigmoïdienne était prédominante dans notre étude (8, 13). Nous avons constaté une prédominance de l'adénocarcinome comme la plupart des auteurs (3, 6, 10, 16). Des techniques récentes, d'un intérêt certain dans le bilan pré thérapeutique des cancers du moyen et bas rectum telles que l'écho endoscopie et l'échographie endorectale n'existent toujours pas dans nos hôpitaux. Seulement 7 % de nos patients étaient au stade I TNM au moment du diagnostic, 46 % au stade III et 12 % au stade IV ; dans la série de Fazeli *et al*, les stades III et IV, concernaient surtout les jeunes au dessous de 30 ans. Cela souligne l'importance du diagnostic précoce indispensable à l'amélioration du pronostic, qui pour l'instant dans nos régions, demeure sombre au vu de la médiane de survie qui est de 6 à 18 mois et, du taux de mortalité qui varie de 19 à 57 % selon les séries (2, 5, 6).

Conclusion

Le CCR est une affection grave dont l'incidence est actuellement en croissance à Libreville. Il survient chez des sujets plus jeunes que dans les séries occidentales, avec une prépondérance féminine. Il siège préférentiellement au niveau du rectosigmoïde et se traduit cliniquement par des hémorragies basses accompagnées de douleurs abdominales et de troubles digestifs. L'échographie et la coloscopie sont les piliers du diagnostic para clinique. Face à son mauvais pronostic lié au retard diagnostique fréquent, il convient, devant toute symptomatologie digestive persistante, d'y penser quelque soit l'âge du malade. Le développement de l'endoscopie devrait permettre un diagnostic précoce, gage d'un pronostic meilleur. Un bilan de base comprenant une rectosigmoidoscopie ou idéalement une coloscopie totale avec biopsie ou un lavement baryté, une échographie hépatique et une radiographie du thorax devrait être proposé à tout patient suspect d'un CCR.

Références

1. Nze-Nguema F, Sankaranarayanan R, Barthelemy M, Nguizi-Ogoula S, Whelan S, Minko-Mi-Etoua D. Cancer in Gabon, 1984-1993: a pathology registry based relative frequency study. *Bull Cancer* 1996 ; 83 : 693-6.
2. Diallo G, Ongoïba N, Maïga M, Yéna S, Traoré A, Diallo A *et al*. Cancer du rectum: à propos de 67 cas. *Mali Med* 1995 ; 10 : 36-8.
3. Nguema-mve R, Graesslin O. Le cancer du colon à l'hôpital de Mélen (Gabon) : aspects clinique, diagnostique, histologique et thérapeutique. *Med Afr Noire* 1995 ; 42 : 452-5.
4. Peghini M, Rajaonarison P, Pecarrere J, Razafindramboa H, Richard J, Morin D. Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar : Apport de 14000 endoscopies effectuées au Centre Hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo. *Med Afr Noire* 1997 ; 44 : 518-21.
5. Diarra M, Konate A, Soucko Diarra A, Kalle A, Dembele M, Diallo G *et al*. Les cancers colo-rectaux en milieu tropical. *Acta Endoscopica* 2006 ; 36 : 187-93.
6. Nguema Mve R, Diallo F, Belembaogo E. Les cancers colo rectaux au Centre Hospitalier de Libreville. *Oncol Clin Afr* 2006 ; 2 : 15-8.
7. Peghini M, Barabe P, Touze JE, Morcillo R, Veillard JM, Diagne L *et al*. Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal. Apport de 18000 endoscopies effectuées à l'Hôpital Principal de Dakar. *Med Trop (Mars)* 1990 ; 50 : 205-8.
8. Sawadogo A, Ilboudo P, Durand G, Peghini M, Branquet D, Sawadogo A *et al*. Epidémiologie des cancers du tube digestif au Burkina Faso: Apport de 8000 endoscopies effectuées au Centre Hospitalier National Sanou Souro (CHNSS) de Bobo Dioulasso. *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 342-5.
9. Adekunle OO, Abioye AA. Adenocarcinoma of the large bowel in Nigerians: a clinicopathologic study. *Dis Colon Rectum* 1980 ; 23 : 559-63.
10. Klotz F, Debonne J, Wade B, Diallo A, Mbaye P. Le côlon bilharzien. *Acta Endoscopica* 1996 ; 26 : 1-7.
11. Klotz F, Nguemby Mbina C, Kerbastard T, Lenoble D. La bilharziose à *Schistosoma intercalatum* : une cause fréquente de rectorragie au Gabon. *Med Chir Dig* 1987 ; 16 : 317-9.
12. Chen MC, Chang PY, Chuang CY, Chen YJ, Wang FP, Tang YC *et al*. Colorectal cancer and schistosomiasis. *Lancet* 1981 ; 1 : 971-3.
13. Takongmo S, Essame-Oyono J, Binam F, Sadou, Malonga E. Les cancers colo-rectaux du sujet de moins 40 ans à Yaoundé: des particularités anatomo-cliniques? *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 101-4.
14. Casanelli J, Blegole C, Moussa B, N'Dri J, Aboua G, Yamossou F *et al*. Cancer du rectum. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 16 cas au CHU de Treichville. *Mali Med* 2005 ; XX : 21-23.
15. Harouna Y, Illo A, Seybou A, Sani R, Saley Z, Abdou I *et al*. Les cancers colorectaux: Notre expérience à propos de 42 cas. *Med Afr Noire* 2008 ; 55 : 197-202.
16. Abdulkareem FB, Abudu EK, Awolola NA, Elesha SO, Rotimi O, Akinde OR *et al*. Colorectal carcinoma in Lagos and Sagamu, Southwest Nigeria: a histopathological review. *World J Gastroenterol* 2008 ; 14: 6531-5.
17. Fazeli MS, Adel MG, Lebaschi AH. Colorectal carcinoma: a retrospective, descriptive study of age, gender, subsite, stage, and differentiation in Iran from 1995 to 2001 as observed in Tehran University. *Dis Colon Rectum* 2007 ; 50 : 990-5.



Vieux sage, Benin, (coll Simon F)