



Article Original

Les Cancers Primitifs Multiples au Togo : Une Série Rétrospective de 19 Cas

Multiple primary cancers in Togolese patients : a study of 19 cases

Ablavi Adani-Ifè¹, Kwamé Doh², Tchinn Darré², Koffi Amégbor², Mohaman Djibril³.

Affiliations

¹ Service d'oncologie, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Lomé-Togo

² Service d'anatomie pathologique, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Lomé-Togo

³ Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Lomé-Togo

Auteur correspondant : Ablavi Adani-ifè

E-mail : solangeadaniife@yahoo.fr

Mots clés : cancers primitifs multiples, synchrone, métachrone, Togo

Keywords: multiple primary cancers, synchronous, metachronous, Togo

RÉSUMÉ

Objectif. Le but de cette étude est de décrire la fréquence, les données épidémiologiques et anatomocliniques des patients ayant présenté des cancers primitifs multiples et de discuter les difficultés de leur prise en charge. **Méthodes.** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les cas de cancers primitifs multiples avec une confirmation histologique reçus en oncologie entre le 1^{er} Janvier 2016 et le 31 Décembre 2022. **Résultats.** Au total 19 cas de cancers primitifs multiples ont été enregistrés soit une fréquence de 1,1%. L'âge moyen des patients était de 63,5 ans. Il y avait 10 hommes (52,6%) et 9 femmes (47,4%) Tous les patients avaient une double localisation tumorale. Les cancers primitifs multiples étaient synchrones chez 10 patients (52,6%) et métachrones chez 9 patients (47,4%). Le tiers des seconds cancers synchrones a été fortuitement diagnostiqué lors de l'évaluation du premier cancer. La plupart des cancers métachrones (70%) sont apparus dans l'intervalle de 6 à 24 mois. Les trois associations de cancers multiples les plus fréquents étaient les associations d'un cancer de la prostate à un cancer digestif (n=5/19 ; 26,3%), d'un cancer gynécologique à un cancer digestif (n=3/19 ; 15,8%) et les associations sein-sein (n=3/19 ; 15,8%). **Conclusion.** Les cancers primitifs multiples sont peu fréquents dans notre pratique mais posent un réel problème diagnostic et thérapeutique. Cette étude montre la nécessité d'une évaluation rigoureuse des patients afin de détecter les tumeurs synchrones et d'un suivi régulier pour détecter précocement les seconds cancers métachrones.

ABSTRACT

Aim. This study aimed to describe the clinical features and treatment of multiple primary cancers and discuss the difficulties of their management in our practice. **Methods.** We retrospectively analyzed the features of multiple primary cancers admitted to the oncology unit of Sylvanus Olympio Teaching Hospital over a 7-year period from January 2016 to December 2022. **Results.** A total of 19 cases of multiple primary cancers were enregistered, representing a frequency of 1.1%. The mean age of the patients was 63.5 years. There were 10 men (52.6%) and 9 women (47.4%). All patients had a double tumor location. Multiple primary cancers were synchronous in 10 patients (52.6%) and metachronous in 9 patients (47.4%). A third of synchronous second cancers were incidentally diagnosed during the evaluation of the first cancer. Most metachronous cancers (70%) appeared between 6 and 24 months. The three most frequent associations of multiple cancers were associations of prostate cancer with digestive cancer (n=5/19; 26.3%), gynecological cancer with digestive cancer (n=3/19; 15.8%), and breast-breast associations (n=3/19; 15.8%). **Conclusion.** Multiple primary cancers are rare in our practice. This study emphasizes the necessity of a rigorous evaluation of patients to detect synchronous tumors and follow-up for early detection of second metachronous cancers.

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE**Ce que cette étude apporte de nouveau**

- Les cancers primitifs multiples étaient synchrones chez 10 patients (52,6%) et métachrones chez 9 patients (47,4%).
- 70% des cancers métachrones sont apparus dans un délai de 6 à 24 mois.
- Les associations les plus fréquentes étaient cancer de la prostate + cancer digestif (26,3%), cancer gynécologique + cancer digestif (15,8%) et associations sein-sein (15,8%).

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Malgré la rareté des cancers primitifs multiples, il y a nécessité d'un bilan initial et d'un suivi soigneux afin de détecter ces lésions.

INTRODUCTION

Les cancers primitifs multiples sont définis par l'existence de plus d'une tumeur maligne primitive dans des organes différents ou de deux tumeurs malignes primitives ou plus développées à partir de différents types de cellules au sein d'un même organe.

Décrits pour la 1^{ère} fois par Billroth en 1889[1], les cancers primitifs multiples ont été décrits dans plusieurs séries dans la littérature avec une fréquence variable de 0,73 % à 11,7 % [2]. Les cancers primitifs multiples sont dits synchrones quand ils sont diagnostiqués moins de 6 mois l'un de l'autre et métachrones lorsqu'ils sont diagnostiqués plus de 6 mois l'un de l'autre [2].

Bien que peu fréquentes, ces affections posent en pratique un réel problème diagnostique et thérapeutique. Le but de cette étude était de décrire la fréquence, les données épidémiologiques et histo-cliniques des patients ayant présenté des cancers primitifs multiples en pratique oncologique au Togo et de discuter les difficultés de leur prise en charge dans notre contexte à ressources limitées.

MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive portant sur tous les cas de cancers primitifs multiples reçus à l'unité d'oncologie du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé et en cabinet privé entre le 1^{er} Janvier 2016 et le 31 Décembre 2022.

Ont été inclus dans cette étude, les cancers multiples définis selon les critères de Warren et Gates [3] qui sont les suivants : a) chaque tumeur doit être maligne et confirmée par l'histologie b) chaque tumeur doit être géographiquement séparée et distincte. Les lésions doivent être séparées par une muqueuse normale c) la probabilité que l'une des tumeurs soit une métastase de l'autre doit être exclue. Pour les cancers multiples du sein, seules les tumeurs de profil histologique différents ont été inclus afin de distinguer les tumeurs primitives des métastases controlatérales.

Les données épidémiologiques (âge, sexe, facteurs de risque), les données histo-cliniques (site topographique, types histologiques, délai d'apparition entre les cancers, stade au diagnostic), les traitements reçus et les données de survie ont été collectées.

L'intervalle de temps choisi pour distinguer les tumeurs synchrones ou métachrones était de 6 mois tel que décrit par plusieurs auteurs [2, 4, 5]. La terminologie 1^{er} cancer a été utilisée pour la 1^{ère} tumeur diagnostiquée et second cancer pour l'autre tumeur. La classification TNM a été utilisée pour la stadification de chaque tumeur. Selon le stade au diagnostic, les cancers multiples aux stades I et II ont été classés comme des cancers localisés tandis que les stades III et IV ont été classés comme des cancers avancés. Les traitements ont consisté soit en une chirurgie, en une radiothérapie, en une chimiothérapie, ou en une hormonothérapie, ou en une combinaison de ces différents traitements.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20. Les résultats sont présentés sous forme de moyenne ou de fréquence et de pourcentage.

RÉSULTATS**Aspects épidémiologiques**

Parmi les 1780 cas de cancers reçus durant la période d'étude, un total de 19 cas de cancers multiples a été enregistré soit une prévalence de 1,1%. Tous les patients avaient une double localisation tumorale. L'âge moyen des patients était de 63,5 ans avec des extrêmes de 38 et 88 ans. Plus de la moitié des patients (n=11 ; 57,9%) avaient un âge compris entre 50 et 70 ans. Les cancers primitifs multiples ont été observés chez 10 hommes (52,6%) et 9 femmes (47,4%). Deux patients (10,5%) avaient des antécédents de tabagisme, un antécédent d'alcoolisme a été retrouvé chez un patient (5,2%) et un patient (5,2%) avait un antécédent familial de cancer.

Aspects histo-cliniques

Dans toute la série, les premiers cancers les plus fréquents étaient le cancer de la prostate (n=6 ; 31,6%), le cancer du sein (n=5 ; 26,3%) et les cancers digestifs (n=3 ; 15,8%). Les seconds cancers les plus fréquents étaient les cancers digestifs (n=7 ; 36,8%) et le cancer du sein (n=4 ; 21%). Les trois associations de cancers multiples les plus fréquents étaient les associations d'un cancer de la prostate à un cancer digestif (n=5/19 ; 26,3%), d'un cancer gynécologique à un cancer digestif (n=3/19 ; 15,8%) et les associations sein-sein (n=3 /19 ; 15,8%).

Le cancer du sein était le cancer le plus fréquent chez les femmes. Les associations sein-sein (n=3 ; 33,5%) et l'association d'un cancer gynécologique à un cancer digestif (n=3 ; 33,5%) étaient les cas de cancers multiples les plus fréquents chez les femmes. Les caractéristiques cliniques et histologiques des cancers primitifs multiples chez les femmes sont résumées dans le tableau 1.



High Quality
Research with
Impact on
Clinical Care



High Quality
Research with
Impact on
Clinical Care



Tableau I : Caractéristiques cliniques et histologiques des cancers primitifs multiples chez les femmes

Age	Premier cancer		Second cancer		Délai d'apparition
	Site	Type histologique	Site	Type histologique	
56 ans	Sein gauche	CIS de grade intermédiaire	Sein droit	ADK papillaire triple négatif	Synchrone
38 ans	Sein gauche	CCI SBR II	Sein droit	CCI SBR III	Synchrone
64 ans	Sein gauche	CCI SBR III	Sein droit	CCI SBR II	Synchrone
71 ans	Ovaire	ADK séreux papillaire	Estomac	ADK tubuleux	Synchrone
46 ans	Sein	C. médullaire triple négatif	Poumon	ADK bronchique TTF1 +	Métachrone
72 ans	Col de l'utérus	C. épidermoïde	Estomac	C. neuroendocrine	Métachrone
73 ans	Sein	CCI SBR II RH positif	Corps de l'utérus	ADK endométrioïde de grade 2	Métachrone
61 ans	Œsophage	C. épidermoïde peu différencié	Ovaire	ADK séreux papillaire	Métachrone
58 ans	Trachée	C. malpighien peu différencié	Œsophage	C. épidermoïde invasif	Synchrone

CIS : Carcinome In Situ ; CCI : Carcinome Canalaire Infiltrant ; SBR : Scarff, Bloom et Richardson ; ADK : Adénocarcinome ; C : Carcinome ; RH : Récepteurs Hormonaux

Chez les hommes, le cancer de la prostate était le plus fréquent. L'association d'un cancer de la prostate à un cancer digestif (n=5 ; 50%) et l'association d'un cancer de la prostate à un cancer du poumon (n=2 ; 20%) étaient les associations multiples les plus fréquentes. Le tableau 2 montre les caractéristiques cliniques et histologiques des cancers primitifs multiples chez les hommes.

Tableau II : Caractéristiques cliniques et histologiques des cancers primitifs multiples chez les hommes

Age	Premier cancer		Second cancer		Délai d'apparition
	Site	Type histologique	Site	Type histologique	
53 ans	Rein	C. rénal à cellules claires de grade 2	Colon	ADK moyennement différencié	Synchrone
69 ans	Prostate	ADK prostatique Gleason 6	Duodénum	ADK infiltrant	Synchrone
56 ans	Prostate	ADK prostatique Gleason 7	Estomac	ADK bien différencié	Métachrone
70 ans	Prostate	ADK prostatique Gleason 8	Rectum	ADK moyennement différencié	Métachrone
63 ans	Colon	ADK lieberkuhnien	Prostate	ADK acineux	Métachrone
73 ans	Prostate	ADK prostatique Gleason 7	Vessie	C.urothélial papillaire de haut grade	Métachrone
67 ans	Poumon	C. bronchique à petites cellules	Prostate	ADK prostatique Gleason 7	Synchrone
62 ans	Prostate	ADK acineux de la prostate	Colon	ADK lieberkuhnien	Synchrone
66 ans	Os	Myélome multiple	Sein	CCI SBRII	Métachrone
88 ans	Prostate	ADK prostatique Gleason 7	Poumon	ADK moyennement différencié TTF1+	Métachrone

C : Carcinome, ADK : Adénocarcinome ; CCI : Carcinome Canalaire Infiltrant ; SBR : Scarff, Bloom et Richardson ; TTF1 : Thyroid Transcription Factor 1

Les cancers primitifs multiples étaient synchrones chez 9 patients (47,4%) et métachrones chez 10 patients (52,6%). Parmi les 9 patients ayant présenté des cancers synchrones, il y avait 5 femmes (n= 5 ; 55,6 %) et 4 hommes (44,4%). Les associations sein-sein (n=3 /9 ; 33,3%) et l'association d'un cancer de la prostate à un cancer digestif (n=2/9 ; 22,2%) étaient les associations de cancers synchrones les plus fréquentes. Le tiers des seconds cancers synchrones a été fortuitement diagnostiqué lors de l'évaluation du premier cancer.

Parmi les patients ayant présenté des cancers métachrones, il y avait 6 hommes (60%) et 4 femmes (40%). Le temps moyen d'apparition des cancers métachrones était de 42,5mois [8mois-20ans]. La plupart des cancers métachrones (n=7, 70%) sont apparus dans l'intervalle de 6 à 24 mois. Un seul patient (10%) a présenté des cancers métachrones diagnostiqué dans un intervalle de plus de 5ans. Chez les 10 patients ayant présenté des cancers multiples métachrones, l'association d'un cancer de la prostate à un cancer digestif n=3/10 (30%) était l'association la plus fréquente.

Sur le plan histologique, les adénocarcinomes étaient le type histologique le plus fréquemment diagnostiqué aussi bien dans les cancers synchrones que les tumeurs métachrones.

Selon le stade au diagnostic, plus de la moitié des patients (n=5/9, 55%) ayant présenté des cancers multiples synchrones avait des cancers localisés au stade I-II.

Chez les dix patients ayant présenté des cancers multiples métachrones, sept patients (70%) avaient une maladie localisée (stade I-II) au diagnostic du 1^{er} cancer. Au diagnostic du second cancer, trois patients avaient un cancer localisé (30%) et sept patients (70%) avaient des cancers métastatiques au stade IV.

Aspects thérapeutiques

Cancers synchrones

Parmi les 09 patients de la série ayant présenté des cancers multiples synchrones, cinq patients avaient des cancers synchrones localisés et ont bénéficié de traitements oncologiques. Les traitements ont consisté soit en une chirurgie, en une radiothérapie, en une chimiothérapie, ou en une hormonothérapie, ou en une combinaison de ces différents traitements. Les traitements ont été réalisés en tenant compte du type histologique, du stade au diagnostic, du profil d'agressivité des tumeurs et des comorbidités des patients.

Les quatre autres patients avaient des cancers métastatiques. Deux parmi ceux-ci ont bénéficié d'une castration chimique associée à une chimiothérapie en fonction de leur cancer ; les deux autres ont été mis en soins palliatifs en raison de leur mauvais état général.

Le tableau 3 montre les différents traitements effectués dans les cancers multiples synchrones.

Tableau III : Répartition des patients selon les traitements reçus dans les cancers primitifs synchrones

Sexe/Âge	Cancers	Stade	Traitements reçus	Status
M/53 ans	Carcinome rénal à cellules claires	Localisé	Néphrectomie droite	Vivant
	Adénocarcinome du colon		Hémi colectomie droite	
M/69 ans	Adénocarcinome prostatique Gleason 6	Métastatique	HT (Analogues LH-RH)	Décédé
	Adénocarcinome infiltrant duodénal		CMT (XELOX)	
M/67 ans	Carcinome à petites cellules bronchique	Métastatique	CMT (Etoposide-CDDP)	Décédé
	Adénocarcinome prostatique		HT (Analogues LH-RH)	
M/62 ans	Adénocarcinome colique	Localisé	Résection tumorale + CMT (XELOX)	Vivant
	Adénocarcinome prostatique		Radio-hormonothérapie	
F/56 ans	Adénocarcinome papillaire mammaire droit	Localisé	CMT néoadj+mastectomie bilatérale+	Vivante
	Adénocarcinome in situ mammaire gauche		RTH sur la paroi droite	
F/38 ans	Carcinome mammaire gauche	Métastatique	Soins palliatifs	
	Carcinome mammaire droit			
F/64 ans	Carcinome mammaire infiltrant gauche	Localisé	Quadrantectomie bilatérale +CMT	Vivante
	Carcinome mammaire infiltrant droit			
F/71 ans	Adénocarcinome séreux ovarien	Métastatique	Résection tumorale ovarienne	Décédé
	Adénocarcinome gastrique		CMT (FOLFOX)	
F/58 ans	Carcinome épidermoïde de la trachée	Métastatique	Soins palliatifs	Décédé
	Carcinome épidermoïde de l'œsophage			

HT : Hormonothérapie, CMT : chimiothérapie ; RTH : Radiothérapie

Cancers métachrones

Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement oncologique spécifique de leurs premiers cancers. A la survenue du 2^{ème} cancer, sept patients sur les 10 ayant présenté des cancers métachrones, avaient reçu un traitement oncologique spécifique et trois patients ont reçu des soins palliatifs. Les traitements effectués dans les cancers multiples métachrones sont résumés dans le tableau 4.

Tableau IV : Répartition des patients selon les traitements reçus dans les cancers primitifs métachrones

Age	1er cancer	Traitement	2ème cancer	Traitement	Status
73ans	CCI sein localisé	MCA+CMT+RTH+HT	ADK endomètre localisé	Hystérectomie	Vivante
61ans	CE œsophage localisé	RCC	ADK ovaire métastatique	Soins palliatifs	Décédé
72ans	CE col utérin localisé	RCC	CNE gastrique métastatique	Soins palliatifs	Décédé
46ans	C. médullaire sein localisé	MCA +CMT+RTH	ADK pulmonaire localisé	Lobectomie +CMT	Décédé
56ans	ADK prostatique métastatique	HT	ADK gastrique métastatique	CMT(FOLFOX)	Décédé
70ans	ADK prostatique localisé	Radio-HT	ADK rectal métastatique	CMT (XELOX)	Décédé
63ans	ADK colon localisé	Hémi colectomie gauche	ADK prostatique localisé	Radio-HT	Décédé
73ans	ADK prostatique localisé	HT	CU vessie métastatique	CMT (Gemci-carbo)	Décédé
66ans	Myélome multiple stade III	CMT (MPT)	CCI sein métastatique	CMT (FEC100)	Décédé
88ans	ADK prostatique métastatique	HT	ADK pulmonaire métastatique	Soins palliatifs	Décédé

CCI : Carcinome Canalaire Infiltrant ; CE : Carcinome épidermoïde ; C : carcinome ; ADK : Adénocarcinome ; MCA : Mastectomie et Curage Axillaire ; CMT : chimiothérapie ; RTH : radiothérapie ; HT : Hormonothérapie ; RCC : Radio chimiothérapie concomitante

Évolution

Sur les 19 patients ayant présenté des cancers primitifs multiples, quatorze patients sont décédés (73,7%) et 5 sont vivants (26,3%). Sur les 5 patients vivants, 3 sont en rémission et 2 sont en cours de traitement.

DISCUSSION

Dans cette étude, nous avons rapporté les cas de cancers primitifs multiples reçus en oncologie à Lomé de 2016 à 2022.

La coexistence de plusieurs cancers primitifs chez un même individu est un phénomène connu dans la littérature oncologique avec une prévalence estimée entre 0,73 et 11,7% selon les types d'études et les pays [2]. Durant notre période d'étude, la fréquence des cancers multiples était de 1,1%. Cette fréquence est similaire à celle rapportée par Ayoub et al [6] au Nord de la Tunisie sur

une période de 10ans et par Lv et al en chine [7]. Cependant une fréquence beaucoup plus élevée (15-20%) de survenue de cancers multiples a été rapportée dans la population japonaise [8].

Les cancers multiples sont en augmentation au cours de ces dernières décennies [5]. Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration des méthodes diagnostiques, l'allongement de la survie des patients grâce aux multiples innovations thérapeutiques et aussi par l'amélioration des méthodes de surveillance des patients ayant un cancer ou ayant des antécédents de cancer [9, 10].

Les causes de survenue des cancers multiples ne sont pas encore bien élucidées. Cependant la multiplicité des cancers primitifs chez un même individu peut être liée à plusieurs facteurs. Ces facteurs peuvent être d'ordre génétique ; en effet, certaines mutations génétiques

comme les mutations BRCA ou la mutation du gène P53 (Syndrome de Li Fraumeni) sont responsables de cancers multiples [11]. Des facteurs intrinsèques à l'hôte (tel qu'un dysfonctionnement du système immunitaire), des facteurs liés au mode de vie personnelle (exposition à l'alcool et au tabac), des facteurs environnementaux (pollution industrielle, exposition à l'amiante et au radon) peuvent aussi engendrer des cancers multiples [12, 13]. La survenue d'un deuxième cancer peut également être la conséquence du traitement du premier cancer (mutagenèse par radio/chimiothérapie, immunosuppression secondaire ou médicamenteuse) [13,14]. Par exemple, l'utilisation de l'hormonothérapie par Tamoxifène en adjuvant dans le cancer du sein augmente le risque de développer un cancer de l'endomètre [15,16]. Ainsi en Turquie dans la série d'Arpaci [17], la moitié des patientes ayant reçu le tamoxifène en adjuvant ont développé un cancer de l'endomètre. Néanmoins, dans notre étude, seule une patiente ayant reçu du tamoxifène a présenté un cancer de l'endomètre au cours du suivi.

Les cancers primitifs peuvent survenir à n'importe quel âge [7]; cependant les patients ayant des cancers multiples tendent à être plus âgés que ceux présentant des tumeurs uniques [2]. Dans la série de Liu en Chine [18], plus de la moitié des patients ayant présenté des cancers primitifs multiples avaient un âge compris entre 50 et 70 ans. Dans notre série, la majorité des patients avaient plus de 50 ans; ce qui concorde avec les données de la littérature.

La distribution anatomique des cancers primitifs multiples varie grandement selon les régions du monde [5]. En Turquie, les associations de cancers primitifs multiples les plus fréquents étaient les associations sein-sein, sein-endomètre et sein-ovaire [17] tandis qu'en Roumanie, les associations les plus fréquentes étaient les associations ovaire-colon, ovaire-sein et sein-sein [19]. Les trois associations de cancers multiples les plus fréquents chez nos patients étaient les associations d'un cancer de la prostate à une tumeur digestive, d'un cancer gynécologique à un cancer du sein et l'association sein-sein.

En Tunisie [6], les cancers primitifs multiples les plus fréquents chez les hommes étaient l'association d'un cancer de la prostate à un cancer des voies urinaires tandis que chez les femmes, l'association sein-sein était plus fréquente. Dans notre série, les associations sein-sein et l'association d'un cancer du sein à un cancer digestif étaient les cas plus fréquents chez les femmes, tandis que chez les hommes, l'association d'un cancer de la prostate à un cancer digestif était l'association multiple la plus fréquente.

La majorité de nos patients avaient présenté des cancers multiples métachrones. Nos données concordent avec celles rapportées dans d'autres séries [7,17, 19]. Dans notre série, plus des deux-tiers des cancers multiples métachrones sont survenus dans l'intervalle de 6 à 24mois. Le même constat a été fait dans la série d'Irimie en Roumanie [19] où plus de la moitié des cancers métachrones sont survenues dans les 24 mois; ceci souligne la nécessité d'une surveillance accrue durant les

deux premières années des patients ayant un cancer afin de dépister précocement les seconds cancers.

La possibilité de l'existence de tumeurs multiples doit toujours être envisagée dans l'évaluation pré thérapeutique d'un cancer [19]. Dans notre pratique au Togo, l'absence de moyens d'imagerie plus performants tels que le PET-Scan ou l'IRM corps entier peut rendre difficile le diagnostic de certaines lésions non détectables par la tomодensitométrie standard.

Dans une série de 38 patients rapportée en Inde [9], la majorité des tumeurs synchrones a été fortuitement diagnostiqué lors de l'évaluation de la tumeur initiale. Dans notre étude, les deux-tiers des patients présentaient des symptômes qui ont orienté le diagnostic de leur cancer.

Dans notre série, la majorité des cancers primitifs multiples métachrones ont été diagnostiqués à un stade avancé en raison du retard de consultation généralement observé dans nos pays mais aussi de la mauvaise compliance des patients dans le suivi et de leur tendance à négliger les symptômes. Les mêmes résultats ont été rapportés en Tunisie [6], en Turquie [17] et en Roumanie [19] où les premiers cancers de même que les seconds étaient diagnostiqués à un stade avancé. Lorsqu'il existe des métastases, il peut être difficile de déterminer lequel des deux tumeurs primitives les a produites [12], ceci a été le cas chez nos patients ayant présenté des cancers multiples métastatiques.

En pratique clinique, Le traitement des cancers primitifs multiples est souvent un dilemme thérapeutique.

Dans les cancers synchrones localisés, le traitement dépend de la localisation tumorale et du stade. Il peut consister en une résection de chacun des cancers, en une radiothérapie, ou en une chimiothérapie [20, 21]. En cas de cancers synchrones métastatiques, le challenge réside en la nécessité de trouver une stratégie thérapeutique anticancéreuse qui couvre les deux tumeurs sans augmenter les toxicités ou les interactions médicamenteuses et sans impact sur le pronostic global [12].

Les traitements des cancers métachrones dépendent de l'intervalle de temps de survenue et du stade au diagnostic du second cancer, du statut du 1^{er} cancer au moment du diagnostic (cancer actif ou en rémission), des traitements antérieurs du 1^{er} cancer et des toxicités résiduelles [12]. Malgré notre contexte à ressources limitées, la majorité de nos patients ont pu bénéficier de traitements oncologiques adaptés à leur type de cancer. Cependant ces cancers multiples ont été diagnostiqués à un stade avancé ce qui est souvent corrélé à un mauvais pronostic et à une courte survie comme observé dans nos résultats.

Bien qu'elle nous ait permis de recueillir des données intéressantes sur les cancers multiples, cette étude présente certaines limites telles que l'absence de réalisation de tests génétiques approfondis chez nos patients et l'absence de détermination de la survie et des facteurs de survie des patients. D'autres études sur des échantillons plus larges permettrait de mieux caractériser les cancers multiples au Togo.

CONCLUSION

La coexistence de plusieurs cancers primitifs chez un même individu est rare dans notre pratique mais pose un réel problème diagnostique et thérapeutique. Les cancers primitifs multiples chez nos patients étaient des doubles localisations tumorales synchrones ou métachrones. En fonction de leur stade au diagnostic, la majorité ont pu bénéficier des traitements adéquats appropriés à leurs différents cancers. Cette étude montre qu'une évaluation rigoureuse des patients est indispensable pour détecter les tumeurs synchrones et qu'un suivi régulier est obligatoire pour détecter précocement les seconds cancers métachrones.

Contribution des auteurs

A. Adani-Ifè a conçu l'étude, mené la phase de collecte des données et a rédigé le manuscrit. K. Doh, T. Darré, K. Amégbor et M. Djibril ont contribué à la correction du manuscrit

Déclaration Conflit d'intérêt

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Billroth T. General surgical pathology and therapeutics in 51 Vorlesungen: a textbook for students and physicians in fifty-one lectures. 14th ed. 1989; G. Rerimer, Berlin, DE:128–135.
2. Demandante CG, Troyer DA, Miles TP. Multiple primary malignant neoplasms: case report and a comprehensive review of the literature. *Am J Clin Oncol*. 2003; 26: 79–83.
3. Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors—a survey of the literature and statistical study. *Am J Cancer*. 1932; 16:1358–414
4. Suzuki T, Takahashi H, Yao K, et al. Multiple primary malignancies in the head and neck: a clinical review of 121 patients. *Acta Otolaryngol. Suppl* 2002; (547): 88-92.
5. Xu LL, Gu KS. Clinical retrospective analysis of cases with multiple primary malignant neoplasms. *Genet Mol Res*. 2014 Mar 12;13(4):9271-84. doi: 10.4238/2014.March.12.19.
6. Ben Ayoub W, Ben Khadhra H, Khiari H, Ben Abdallah M, et al. Multiple Primary Cancers in North Tunisia, 2000 – 2009. *Asian Pac J Cancer Care*. 2018; 3 (3): 59-63.
7. Lv M, Zhang X, Shen Y, Wang F, Yang J, Wang B, et al. Clinical analysis and prognosis of synchronous and metachronous multiple primary malignant tumors. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(17): e6799. doi: 10.1097/MD.0000000000006799.
8. Yamamoto S, Yoshimura K, Ri S, Fujita S, Akasu T, Moriya Y. The risk of multiple primary malignancies with colorectal carcinoma. *Diseases of the colon and rectum*. 2006;49(10 Suppl): S 30-6.
9. Hulikal N, Ray S, Thomas J, Fernandes DJ. Second primary malignant neoplasms: a clinicopathological analysis from a cancer centre in India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(12):6087-91. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.12.6087.
10. Kilciksiz S, Gokce T, Baloglu A, Calli A, Kaynak C, et al. Characteristics of synchronous- and metachronous-type multiple primary neoplasms: a study of hospital-based cancer registry in Turkey. *Clin Genitourin Cancer*. 2007 Dec; 5(7):438-45. doi: 10.3816/CGC.2007. n. 032.
11. Travis LB, Rabkin CS, Brown LM, Allan JM, Alter BP, Ambrosone CB, et al. Cancer survivorship—genetic susceptibility and second primary cancers: research strategies and recommendations. *J Natl Cancer Inst*. 2006 Jan 4;98(1):15-25. doi: 10.1093/jnci/djj001.
12. Vogt A, Schmid S, Heinimann K, Frick H, Herrmann C, et al. Multiple primary tumours: challenges and approaches, a review. *ESMO Open*. 2017 May 2;2(2): e000172. doi: 10.1136/esmoopen-2017-000172.
13. Oeffinger KC, Baxi SS, Novetsky Friedman D, et al. Solid tumor second primary neoplasms: who is at risk, what can we do? *Semin Oncol*. 2013; 40:676–89
14. Escobar PA, Smith MT, Vasishta A, Hubbard AE, Zhang L. Leukaemia-specific chromosome damage detected by comet with fluorescence in situ hybridization (comet-FISH). *Mutagenesis*. 2007 Sep;22(5):321-7. doi: 10.1093/mutage/gem020. Epub 2007 Jun 16.
15. Matesich SM, Shapiro CL. Second cancers after breast cancer treatment. *Semin Oncol*. 2003 Dec;30(6):740-8. doi: 10.1053/j.seminoncol.2003.08.022.
16. Ricceri F, Fasanelli F, Giraudo MT, et al. Risk of second primary malignancies in women with breast cancer: results from the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer*. 2015; 137:940–8.
17. Arpacı E, Tokluoglu S, Yetigiyigit T, Alkis N. Multiple primary malignancies—a retrospective analysis at a single center in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev: APJCP*. 2013;14(2):769-73.
18. Liu Z, Liu C, Guo W, Li S, Bai O. Clinical Analysis of 152 Cases of Multiple Primary Malignant Tumors in 15,398 Patients with Malignant Tumors. *PLoS ONE*. 2015; 10(5): e0125754. doi:10.1371/journal.pone.0125754
19. Irimie A A-CP, Burz C, Puscas E. Multiple primary malignancies—epidemiological analysis at a single tertiary institution. *J Gastrointest Liver Dis*. 2010 ;19 (1) : 69–73.
20. Zhang Z, Gao S, Mao Y, et al. Surgical outcomes of synchronous multiple primary non-small cell lung cancers. *Sci Rep*. 2016; 6:23252.
21. Heroiu Cataloiu AD, Danciu CE, Popescu CR. Multiple cancers of the head and neck. *Maedica*. 2013 ; 8 :80–5.