



HEALTH RESEARCH IN AFRICA

High Quality Research with Impact on Clinical Care



Article Original

Le Carcinome Hépatocellulaire à Bouake : Diagnostic, Traitement et Évolution

Hepatocellular Carcinoma in Bouake: Diagnosis, Management and Outcome

Touré YL¹, Sako K¹, Madiou MKA², Traoré K¹, Traoré-Kouassi AADA¹, Koffi MS¹, Odo BA²
Yapo INSB¹

RÉSUMÉ

Objectif. Le but de l'étude travail était d'évaluer l'évolution de la prise en charge des CHC au CHU de Bouaké aux plans diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs depuis l'implication des oncologues médicaux dans l'équipe de soins en 2022. **Matériels et Méthodes.** Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive, réalisée sur une période de 2 ans dans l'unité d'oncologie médicale du CHU de Bouaké. L'analyse de survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan- Meier. **Résultats.** Soixante et un cas de CHC ont été colligés durant la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 45,33 ans avec un sex-ratio de 8. Cinquante-quatre pourcent des patients exerçaient dans le secteur informel avec un bas niveau socio-économique. Aucun patient n'était vacciné contre l'hépatite B. La totalité des patients était suivie pour une cirrhose. Le diagnostic positif dans 69,8% des cas a été retenu sur la base des arguments radiologiques. Une histologie était disponible chez 24 patients (30,2 %). Au moment du diagnostic, 96,7% des patients avaient un CHILD B et 98,4% étaient classé stade C de la BCLC. Le traitement a consisté à une chimiothérapie palliative chez 51 patients. La moyenne de cure réalisée était de 4,42 cures et les inter-cures étaient respectées dans l'ensemble. La médiane de survie était de 13,3 mois. **Conclusion.** Le CHC demeure un cancer grave par son évolution rapidement fatale. L'accessibilité à une prise en charge oncologique a permis d'améliorer le pronostic avec une réduction de la mortalité et une amélioration de la qualité de vie chez les patients suivi au CHU de Bouaké.

Affiliations

¹Unité d'oncologie du CHU de Bouaké

²Service de cancérologie du CHU de Treichville

Auteur correspondant : Touré

Yenahaban Lazare

UFR sciences médicales, Université Alassane Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire)

Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké

Tél : +225 0748138544

Email : toureyena@gmail.com

Mots clés : CHC – oncologie- progrès- Bouaké

Keywords : HCC - oncology- progress- Bouake

Article history

Submitted: 23 September 2024

Revisions requested: 6 October 2024

Accepted: 15 October 2024

Published: 26 October 2024

ABSTRACT

Objective. The aim of the study was to assess the evolution of HCC management at Bouaké University Hospital in terms of diagnosis, treatment and evolution since the involvement of medical oncologists in the care team in 2022. **Materials and Methods.** We conducted a retrospective descriptive study over a period of 2 years in the medical oncology unit of the University Hospital of Bouaké. Survival analysis was performed using the Kaplan-Meier method. **Results.** Sixty-one cases of HCC were collected during the study period. The mean age of the patients was 45.33 years, with a sex ratio of 1.8. Fifty-four percent of the patients worked in the informal sector and had a low socio-economic status. None of the patients were vaccinated against hepatitis B. All patients were being monitored for cirrhosis. The positive diagnosis was established in 69.8% of cases based on radiological findings. Histology was available for 24 patients (30.2%). At the time of diagnosis, 96.7% of patients were classified as CHILD B and 98.4% were classified as stage C according to BCLC criteria. Treatment consisted of palliative chemotherapy for 51 patients. The average number of cycles received was 4.42, and the intervals between cycles were generally respected. The median survival was 13.3 months. **Conclusion.** HCC remains a severe cancer due to its rapidly fatal progression. Access to oncological care has improved prognosis by reducing mortality and enhancing the quality of life for patients monitored at the University Hospital of Bouaké.



High Quality
Research with
Impact on
Clinical Care



High Quality
Research with
Impact on
Clinical Care



INTRODUCTION

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la principale tumeur maligne primitive du foie, mais également le sixième cancer le plus fréquent dans le monde et la troisième cause de décès par cancer [1,2]. L'incidence augmente de plus en plus en Europe et aux Etats-Unis, en raison de son lien avec l'hépatite C chronique et la stéato-hépatite non alcoolique (NASH) induite par l'obésité et/ou le diabète de type 2 [3]. En Côte d'Ivoire, il occupe la quatrième place de l'ensemble des cancers et la quatrième cause de mortalité par cancer [4]. Son étiologie est dominée par la cirrhose (75 à 80 % des cas) qui est un véritable état précancéreux [1,2].

Malgré l'évolution des outils diagnostiques dans notre contexte, la maladie est très souvent découverte à un stade avancé excluant tout recours au traitement curatif (résection, transplantation hépatique, traitement percutané) et limitant le traitement aux soins palliatifs. Ces derniers visent à améliorer la survie en durée et en qualité sans aggraver l'évolution de la cirrhose, ce qui est obtenu avec la chimiothérapie artérielle hépatique et le Sorafénib [5]. Avant 2022, le CHU de Bouaké ne disposant pas d'une unité d'oncologie, les patients ayant un bon niveau socio-économique étaient dirigés vers Abidjan afin de bénéficier d'une chimiothérapie artérielle. Pour tous les autres, le traitement était symptomatique avec un taux de mortalité élevé. Au début de l'année 2022, la création d'une unité d'oncologie médicale au CHU de Bouaké a permis d'offrir aux patients un accès plus facile à des soins oncologiques.

Le but de cet article était d'évaluer l'évolution de la prise en charge des CHC au CHU de Bouaké depuis l'implication des oncologues médicaux en 2022 et de discuter nos données à la lumière des données actuelles de la littérature. Nous pourrions ainsi contribuer à améliorer la prise en charge de ces cancers en Côte d'Ivoire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cadre de l'étude

La ville de Bouaké est la deuxième ville de la Côte d'Ivoire, située dans le centre du pays à 355 Km de la capitale économique (Abidjan). Cette ville abrite la seule structure hospitalière de niveau 3 des zones Centre, Nord, Ouest et Est du pays. Le Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké est composé d'une multitude de services offrant à la population de ces zones un accès à des soins variés évitant ainsi un afflux des malades vers Abidjan. C'est dans cette optique, qu'au début de l'année 2022 le CHU de Bouaké s'est doté d'une unité d'oncologie médicale. Cette unité comprend 8 chambres servant pour les actes de consultation, d'hôpital du jour pour la chimiothérapie et autres soins de routine. Les hospitalisations de longue durée sont effectuées dans le service de médecine interne.

Patients et Méthodes

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive. Elle a été menée sur une période de 2 ans allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023.

Le cadre d'étude était l'unité d'oncologie médicale du centre hospitalier et universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire). Tous les patients inclus dans l'étude présentaient

un carcinome hépatocellulaire et avaient un dossier médical complet permettant d'identifier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, les données paracliniques, les données thérapeutiques et évolutifs. N'ont pas été inclus dans ce travail les patients présentant une métastase hépatique et les patients hospitalisés dans le service de médecine interne. Le recueil des données s'est fait grâce à une fiche d'enquête anonyme où étaient mentionnées les informations concernant les caractéristiques épidémiologiques (l'âge, le sexe, les antécédents personnels et familiaux de cancers, la vaccination à l'hépatite virale B, la consommation d'alcool) les caractéristiques cliniques et paracliniques (circonstances de découverte, données de l'examen clinique, résultats des explorations cliniques morphologiques, biologiques et endoscopiques), les caractéristiques anatomopathologiques (type histologique), les données thérapeutiques (traitement symptomatique, chimiothérapie artérielle), les données évolutives.

Ces informations ont été obtenues à partir des sources des dossiers médicaux des patients. Les données recueillies ont été ensuite traitées à l'aide du logiciel statistique INSCHIRA. Les courbes de survie globales ont été calculées à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier. Chez les patients ayant reçu une chimiothérapie systémique, la réponse au traitement a été évaluée selon les critères RECISTS.

Les données ont été recueillies dans le strict respect de l'anonymat.

RÉSULTATS

Un total de 61 patients avec un diagnostic de carcinome hépatocellulaire suivis à l'unité d'oncologie médicale du Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké ont été colligés durant la période d'étude. La majorité était de sexe masculin (81,96% des cas) soit un sex-ratio de 8. L'âge moyen des patients était de 45,33 ans, avec des extrêmes (23 – 78 ans). La majorité exerçait dans le secteur tertiaire avec un niveau socio-économique bas (54% des cas). Les antécédents médicaux étaient dominés par la présence d'une cirrhose d'origine virale B retrouvée chez 57 patients suivi de l'hépatite C chez les 4 autres patients.

Le tableau I résume les caractéristiques épidémiologiques des patients.

Tableau I: Caractéristiques épidémiologiques des patients (N= 61)

Caractéristiques	N
Age moyen	45,33
Sex-ratio (H/F)	8
Profession secteur informel / Total de patient (%)	54
Antécédant cirrhose post HVB (Effectif)	57

S'agissant des circonstances de découverte, chez 59 patients, elle a été faite par le médecin hépato-gastro-entérologue devant la survenue de nodule hépatique au cours de la surveillance d'une cirrhose qui adressait secondairement le patient en consultation oncologique. Deux patients ont consulté d'eux-mêmes pour les motifs d'ascite et d'altération inexpiquée de l'état général.

Le diagnostic positif était basé sur des données morphologiques et biologiques caractéristiques dans 69,8%. La ponction biopsie hépatique (PBH) permettant le diagnostic histologique a été réalisé dans 30,2 % des cas. Au moment du diagnostic, 96,7% des patients présentaient une cirrhose classée Child B et 3,3% était classée Child C.

En ce qui concerne les caractéristiques tumorales, 60 patients (98,4%) présentaient un score BCLC C tandis que un seul avait un score BCLC B.

Trois patients présentaient des lésions secondaires pulmonaires (4,9%), deux patients une invasion vasculaire porte (3,3%), 2 patients une carcinose péritonéale (3,3%), et 1 patient des lésions secondaires multiples (pulmonaire, ganglionnaire et osseuse). Le tableau II résume les caractéristiques tumorales.

Tableau II : Répartition des patients selon les caractéristiques tumorales. (N= 61)

Caractéristiques	Pourcentage
Diagnostic	
TDM	73,8
Biopsie	26,2
Score CHILD PUGH	
Child B	96,7
Child C	3,3
BCLC	
BCLC B	1,6
BCLC C	98,4
Sites métastatiques	
Pulmonaire	4,9
Invasion vasculaire porte	3,3
Péritonéale	3,3
Multiple (pulmonaire, ganglionnaire, osseuse)	1,6

Dans cette série, la prise en charge thérapeutique a consisté à un traitement palliatif dans la totalité des cas. Cinquante et un patients ont reçu une chimiothérapie systémique à base de combinaison de Atezoluzumab (un anticorps anti PDL-1) et de Bevacizumab (un anticorps anti-VEGF). La moyenne de cure réalisée était de 4,42 cures et les inter-cures étaient respectées dans l'ensemble. Avant tout début du traitement 6 patients étaient décédés et 4 patients étaient perdus de vue. Tous les patients ont reçu un traitement symptomatique accompagnant la chimiothérapie.

Chez les patients ayant reçu la chimiothérapie palliative, l'évolution a été marquée par une bonne réponse chez 6 patients avec diminution de la taille des lésions à la TDM et une amélioration de l'état clinique. Par ailleurs, une réponse partielle a été retrouvée chez 14 patients. Pendant la durée du traitement, 20 patients étaient décédés et 11 patients ont été perdus de vue. La médiane de survie estimé par la courbe Kaplan-Meier était de 11,3 mois. (Figure 1)

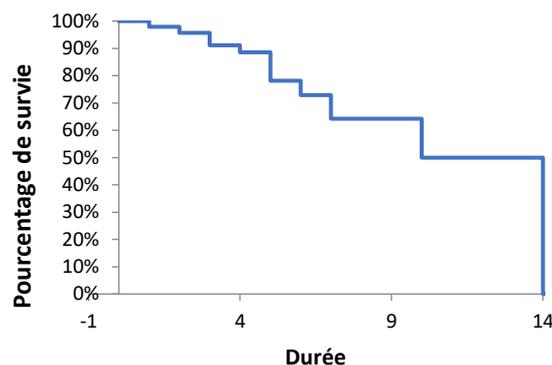


Figure 1 : courbe Kaplan-Meier

DISCUSSION

Le carcinome hépatocellulaire est une affection fréquente dans notre contexte [6]. Sa prise en charge comme dans les autres cancers est multidisciplinaire. Autrefois, du fait de l'absence de service de prise en charge oncologique au CHU de Bouake, le traitement des patients atteints de CHC dépendait uniquement des hépato-gastro-entérologues qui transféraient si possible à Abidjan certains patients et pour les autres se limitaient à un traitement symptomatique. Au début de l'année 2022, la création d'une unité d'oncologie médicale au CHU de Bouaké a permis l'intégration d'une équipe d'oncologie médicale dans la prise en charge des patients. Ainsi, nous avons mené cette étude dans le but d'évaluer les avancés sur le plan diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des CHC à l'unité d'oncologie médicale du CHU de Bouaké. Les limites de notre étude ont été constituées par l'insuffisance de moyens financiers de nos patients entraînant des difficultés dans la réalisation des bilans pré-thérapeutiques et la non inclusion des patients grabataires hospitalisés dans le service de médecine interne.

L'âge moyen de 45,33 ans relevé dans cette série est superposable à l'âge moyen rapporté dans plusieurs études Africaine [6,7,8]. D'après ces auteurs, l'incidence du CHC croît de façon linéaire avec l'âge. Une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,8 a été notée dans la présente étude. Cette prédominance du sexe masculin est aussi rapportée par Nikiéma et al au Burkina [10] et Sehonou et al au Bénin [11]. La consommation d'alcool et la fréquence des hépatopathies virales chez les hommes pourraient expliquer ce résultat. Par ailleurs, certaines sources soulignent également le rôle protecteur des hormones sexuelles des femmes en période d'activité génitale [8]. Les patients étaient majoritairement dans le secteur informel avec des revenus socio-économiques bas. Le même constat avait été fait par Koffi et al.[6]. Le déficit en moyen financier limitait la réalisation des bilans pré-thérapeutiques avec pour conséquence une mauvaise observance du traitement.

Les patients étaient adressés dans la majorité du temps par le médecin hépato-gastro-entérologue. La prise en charge des CHC comme les autres cancers nécessite une collaboration multidisciplinaire associant les spécialistes d'organe, les pathologistes, les oncologues et autres en

fonction des situations. Le rôle du gastro-entérologue est crucial d'autant plus que la majorité des CHC surviennent chez des patients cirrhotiques. Chez ces derniers, une surveillance rigoureuse est indispensable afin de déceler le plus tôt possible l'apparition de tout nodule hépatique. Concernant le diagnostic, le CHC fait partie des rares cancers qui admet un diagnostic radiologique. En cas de nodule hépatique survenant chez un patient cirrhotique, la PBH n'est pas nécessaire dans la plupart des cas car le diagnostic de carcinome hépatocellulaire peut être fait de manière non invasive par des techniques d'imagerie [9]. Les indications de la PBH évoluent en cas de nodules présumés bénins ou lorsque l'étiologie de l'hépatopathie sur laquelle se greffe le CHC n'est pas encore connu dans ce cas cette PBH devient indispensable afin de retrouver la cause, de guider la prise en charge thérapeutique mais aussi le pronostic [9]. Dans notre étude, le diagnostic était basé chez 73,8 % des patients sur les arguments scanographiques. La PBH a été réalisée dans 26,2 % des cas permettant un diagnostic étiologique. Notre résultat était inférieur à celui de Rawand [7] qui trouvait que la PBH était réalisée dans 66,7%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans son étude le CHC avait d'autres étiologies que la cirrhose.

Selon les données de la littérature, plus de 70% des patients se présentent avec un CHC non opérable de stade intermédiaire BCLC B (lésions multiples sans invasion vasculaire ou extra-hépatique) ou avancé BCLC C (avec invasion vasculaire notamment portale, ou avec atteinte ganglionnaire ou métastases à distance) lors du diagnostic initial [7].

Dans la présente étude, 76% des patients étaient classés BCLC B au moment diagnostic. Dans l'étude de Koffi et al. [6] 72% des patients était classé Stade D (stade terminale). Cette différence pourrait démontrer une évolution dans la surveillance des patients cirrhotiques et des résultats encourageant de la politique de sensibilisation des patients motivant une consultation précoce.

Le CHC est une tumeur maligne pour laquelle les options thérapeutiques sont limitées lorsque la maladie est diagnostiquée à un stade avancé. Depuis 2020, à la suite de la publication des résultats de l'essai clinique de phase III IMbrave 150, la combinaison de l'anticorps anti-PDL-1 (atézolizumab) et l'inhibiteur de facteur de croissance endothéliale vasculaire (bévacizumab) a été retenue comme le nouveau standard de soins pour les CHC avancés (non résécables). Elle a permis de démontrer l'amélioration du taux de réponse objectif (ORR) et la qualité de vie des patients [5]. Avant le début des activités de l'unité d'oncologie du CHU de Bouake, les patients éligibles à ce protocole étaient guidés vers Abidjan. Ainsi, malgré le fait que ce protocole soit disponible et subventionné, très peu de patient pouvait en profiter à cause des difficultés de moyens financiers couvrant les frais du déplacement et du séjours des patients à la capitale. L'unité d'oncologie de Bouaké a pu palier à ce problème.

Dans cette série, 51 patients ont effectivement reçu ce traitement indiqué pour les CHC classés BCLC C. La moyenne de cure réalisée était de 4,42 cures et les inter-

cures étaient respectées dans l'ensemble. Nos résultats sont différents de ceux d'une étude similaire réalisée antérieurement au CHU de Bouaké [6]. En effet, dans cette dernière, la prise en charge des CHC était symptomatique chez tous les malades. Cette divergence pourrait s'expliquer d'une part par le fait que la majorité de leur patient était classé CHILD D (stade terminal) et d'autre part dû au fait que les patients étaient uniquement pris en charge que par l'équipe d'hépto-gastro-entérologie sans la participation des oncologues. Ainsi, une prise en charge multidisciplinaire est indispensable dans la gestion des maladies cancéreuses.

La médiane de survie dans notre étude était de 11,3 mois. Ces données sont similaires à celle de Rawand [7] qui trouvait une médiane de 13 mois. En revanche, nos résultats sont supérieurs à ceux de KOFFI et al [6] et de Bouglouga et al [8]. L'explication pourrait être que dans l'étude de Rawand comme dans la nôtre, les patients bénéficiaient en plus du traitement symptomatique, d'une chimiothérapie artérielle dont l'efficacité a été prouvée contrairement à la série de KOFFI et de Bouglouga où le traitement était uniquement symptomatique.

CONCLUSION

Notre série confirme que le carcinome hépatocellulaire demeure une affection fréquente dans notre contexte diagnostiquée généralement à un stade avancé. Néanmoins, des progrès ont été observés notamment dans la prise en charge de ces tumeurs au CHU de Bouaké depuis l'apport des oncologues dans la gestion des malades. Ce qui a permis d'améliorer la survie globale des patients.

RÉFÉRENCES

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clin.* 2021; 71(3): 209-49.
2. Noah D, Nko'ayissi G, Ankouane Andoulo F et al. Présentation clinique, biologique et facteurs de risque du Carcinome hépatocellulaire : une étude Cas Témoins à Yaoundé au Cameroun. *Rev Méd Pharm* 2014 ; 4(2).
3. NOUSBAUM, J. Les sous-types génomiques du virus de l'hépatite C: épidémiologie, diagnostic et conséquences cliniques. *Bull Soc Path Ex*, 1998, vol. 91, p. 29-33.
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660. Epub ahead of print. PMID: 33538338.
5. Finn RS, Qin S, Ikeda M, et al. Atezolizumab plus Bevacizumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. *N Engl J Med.* 2020 ;382(20) : 1894-1905. doi : 10.1056/NEJMoa1915745.
6. KOFFI, K. O. C., KOUAME, H. G. D., AKE, A. F., Amadou, K. O. N. E., BROU, S. J. M., AHMADOU, O. D., ... & OUATTARA, B. (2023). Facteurs associés au décès en hospitalisation dans le carcinome hépatocellulaire sur cirrhose au CHU de Bouake (Cote d'ivoire). *Revue Africaine de Médecine Interne*, 10(2-2), 38-43.
7. Rawand. *Facteurs prédictifs de survie chez les patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire traités par Atezolizumab et Bevacizumab* (Thèse de doctorat, UNIVERSITÉ DE STRASBOURG).

8. Bouglouga O, Bagny A, LawsonAnanissoh LM, Djibril MA, Redah D, Agbeta A. La prise en charge du carcinome hépatocellulaire progresse – t – elle en Afrique noire ? Rev. méd. Madag. 2012 ; 2(3): 176-179.
9. Trinchet, JC, Alperovitch, A., Bedossa, P., Degos, F., Hainaut, P. et Van Beers, B. (2009). Épidémiologie, prévention, dépistage et diagnostic du carcinome hépatocellulaire. *Bulletin du cancer* , 96 (1), 35-43.
10. Nikièma Z, Sawadogo A, Kyelem CG, Cissé R. Carcinomes hépatocellulaires en milieu africain burkinabè: contribution de l'échographie à propos de 58 cas. Pan African Medical Journal. 2010 7:10.
11. Sehonou J, Dodo LRS, Azon-kouanou A et al. Profil épidémiologique et diagnostique du carcinome hépatocellulaire dans le service de médecine interne du CNHU-HKM de Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin, 2017 ; 27 : 47-51.