



Article Original

Profil Endoscopique du Cancer Colorectal en Milieu Hospitalier à Ouagadougou de 2007 à 2016

Endoscopic pattern of colorectal cancer in hospitals of Ouagadougou from 2007 to 2016

Ouattara ZD¹, Zoungrana SL¹, Koura M², Dembele AF³, Soudre Hema S⁴, Bougouma A³

RÉSUMÉ

Introduction. Le cancer colorectal (CCR) constitue un problème de santé publique dans le monde. Il s'agit du 3^{ème} cancer le plus fréquent. Au Burkina Faso, les données publiées des CCR datent de plus de 10 ans. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution des CCR à Ouagadougou. **Matériels et méthode.** Il s'est agi d'une étude descriptive transversale à mode de collecte de données rétrospectif couvrant la période du 01/01/2007 au 31/12/2016. Elle a été menée à Ouagadougou dans cinq structures hospitalières. Ont été inclus les patients ayant une confirmation histologique d'une lésion suspecte. **Résultats.** En 10 ans, 4850 coloscopies ont été effectuées avec 106 lésions suspectes de malignité soit 2,18% des coloscopies. L'examen histologique a été fait dans 90 cas et une confirmation histologique a été retrouvée dans 70 cas, soit une moyenne de 7 cas confirmés par an. L'âge moyen de nos patients était de 51 ans ± 15. La douleur abdominale (22,3%), la constipation chronique (15,8%) la palpation d'une masse abdominale (15,8%) et l'hématochésie (15,8%), étaient les symptômes les plus souvent rencontrés. La topographie des lésions était rectale dans 48,8% des cas, colique gauche dans 31,4% des cas, et colique droite dans 20% des cas. Le type histologique était l'adénocarcinome bien différencié dans 75,7% des cas. **Conclusion.** L'incidence hospitalière des CCR est croissante à Ouagadougou. C'est une pathologie de l'adulte jeune avec un diagnostic souvent tardif. L'accent devrait être mis dans la prévention en mettant en avant les facteurs protecteurs environnementaux.

1. Service d'Hépto-Gastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Ouahigouya
2. Service d'Hépto-Gastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou
3. Service d'Hépto-Gastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO
4. Service d'Hépto-Gastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo

Auteur correspondant : Dr

Zanga Damien Ouattara

Adresse e-mail :

damzang@yahoo.com

Tel : +226 70262551

BP 36- Ouahigouya

Mots-clés : cancer colorectal, Afrique subsaharienne, Burkina Faso

Keywords: colorectal cancer, sub-Saharan Africa, Burkina Faso

ABSTRACT

Introduction. Colorectal cancer is a public health global problem. It is the 3rd most common. In Burkina Faso, the published data from the CCR date back more than 10 years. The aim of this study was to assess the evolution of CRC in Ouagadougou in hospital settings. **Materials and methods.** This was a cross-sectional descriptive study with retrospective data collection mode, covering the period from 01/01/2007 to 12/31/2016. It was carried out in Ouagadougou in five hospitals. Were included all patients with histological confirmation of a suspicious lesion. **Results.** In 10 years, 4850 colonoscopy were performed with 106 lesions suspected of malignancy or 2.18% of colonoscopy. Histological examination was done in 90 cases and histological confirmation was found in 70 cases, for an average of 7 confirmed cases per year. The mean age of our patients was 51 ± 15 years with extremes ranging from 20 to 81 years. Abdominal pain (22.3%), chronic constipation (15.8%), palpation of an abdominal mass (15.8%) and hematochesia (15.8%) were the main symptoms encountered. The topography of the lesions was rectal in 48.8% of cases, left colic in 31.4% of cases, and right colic in 20% of cases. The histological type was predominantly well differentiated adenocarcinoma in 75.7% of cases. **Conclusion.** The hospital incidence of CRC is increasing in Ouagadougou. CRC affects mainly young adults and the diagnosis is often delayed. The emphasis should be on prevention by highlighting the environmental protective factors of our sub-Saharan countries

INTRODUCTION

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent dans le monde avec une incidence annuelle estimée à 1,4 millions de nouveaux cas pour 694.000 décès, soit 9,7% de l'ensemble des cancers [1]. Il s'agit donc d'une question de santé publique. Il existe cependant un gradient Nord-Sud dans la prévalence de cette affection. Les cancers colorectaux semblent moins fréquents au Sud [2-4]. Les stratégies de dépistage des CCR existant dans les pays développés, notamment la

recherche d'un saignement occulte dans les selles par le test de l'hémocult, ont contribué à rendre plus crédibles les données de l'Occident. Dans notre contexte subsaharien, le dépistage massif de populations ne se fait pas et les CCR sont diagnostiqués tardivement devant l'apparition des symptômes. Les séries endoscopiques sont ainsi devenues des moyens indirects de détermination de l'incidence des CCR. Les dernières données existantes colligées en endoscopie et publiées au Burkina Faso remontaient en 2002 avec 10 cas de CCR

en 4 ans [5]. Les autres travaux menés dans le cadre des thèses de médecine n'ont pas été publiés [6-8]. L'objectif de cette étude était de déterminer le profil évolutif des cancers colorectaux diagnostiqués par la coloscopie à Ouagadougou en milieu hospitalier.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Type cadre et durée de l'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale à partir d'une collecte de données rétrospective couvrant la période du 01/01/2007 au 31/12/2016 soit 10 ans. Elle a été menée dans la ville de Ouagadougou capitale du Burkina Faso, dont la population était estimée à 2.637.303 habitants en 2016 [9]. Les structures sanitaires concernées étaient le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), la Polyclinique SANDOF et la Polyclinique « Notre Dame de la Paix ». Les examens histologiques ont été réalisés dans les laboratoires d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU-YO, de la Polyclinique SANDOF, de la Clinique Philadelphie et du Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) Schiphra.

Population d'étude

L'étude a pris en compte les malades ayant bénéficié d'une coloscopie et porteurs d'une lésion suspecte de malignité à l'endoscopie et confirmée à l'examen anatomopathologique. Ont été inclus les patients de tous âges, des deux sexes, de toutes origines et de toutes catégories socioprofessionnelles ayant une confirmation histologique d'une lésion suspecte. Nous avons exclu de l'étude les patients n'ayant pas une confirmation anatomopathologique.

Outils de collecte

Les données ont été recueillies à partir des registres des structures sanitaires, à l'aide d'une fiche d'enquête précisant l'état civil, les antécédents du patient, les indications de l'examen, le compte rendu endoscopique et les résultats histologiques.

Matériel

Le matériel utilisé était constitué de :

- deux vidéocoloscopes de type OLYMPUS CF160 et CF145 alimentés par une source à lumière froide Olympus CVE connectée à un processeur OLYMPUS CE, un moniteur SONY TRINITRON et une imprimante SONY UP-21 MD au CHU Yalgado Ouédraogo ;
- un vidéocoloscope de type Pentax EC-3490 Ti alimenté par une source à lumière froide au Xénon connectée à un processeur intégré EPK-i5000 au CHU Yalgado Ouédraogo ;
- un vidéocoloscope de type Pentax EC3840 LK alimenté par une source à lumière froide et connectée à un processeur EPK-1000, un moniteur SONY TRINITRON à la Polyclinique Notre Dame de la Paix ;
- un vidéocoloscope de type Fujinon EC201WL alimenté par une source à lumière froide et connectée à un processeur unibloc FUJI SYSTEM 2200, un moniteur SONY TRINITRON, une imprimante SONY UP-21MD à la Polyclinique SANDOF.

Analyse des données

Les données ont été saisies sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi Data 3.1 version française et analysées à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 20. Les comparaisons statistiques ont été effectuées grâce au test de χ^2 avec un seuil de signification $p < 0,05$. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques des patients, les données cliniques, les résultats de la coloscopie et les résultats de l'examen anatomopathologique.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 4850 coloscopies ont été effectuées. Nous avons observé 106 lésions suspectes de malignité (2,18%), dont 90 examens histologiques et 70 cas confirmés de cancer colorectaux avec une moyenne de 7 cas par an. L'âge moyen de nos patients était de 51 ans \pm 15,07 avec des extrêmes variant de 20 à 81 ans. Le sex ratio était de 1. La figure 1 illustre la répartition des patients par classes d'âge et par sexe.

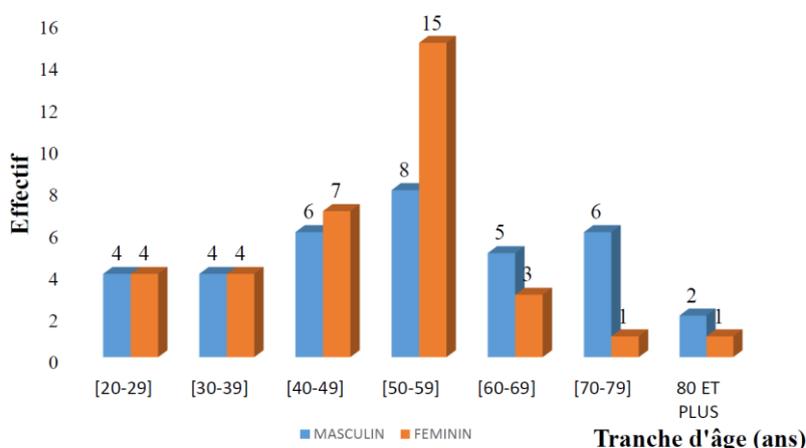


Figure 1 : répartition des patients selon l'âge et le sexe

Les principales indications de la coloscopie étaient la douleur abdominale (22,3%), la constipation chronique (15,8%) la palpation d'une masse abdominale (15,8%) et l'hématochésie (15,8%). Nous récapitulons ces indications dans le tableau I.

Tableau I : les indications de la coloscopie chez les patients atteints de CCR

	Fréquence	Pourcentage
Douleurs abdominales	31	22,3
Constipation chronique	22	15,8
Masse abdominale	22	15,8
Hématochésie	22	15,8
Dyspepsies	9	6,5
Altération de l'état général	8	5,8
Syndrome rectal	5	3,6
Alternance diarrhée/constipation	4	2,9
Proctalgies	3	2,2
Anémie	3	2,2
Surveillance post-opératoire	3	2,2
Recherche d'un cancer primitif colorectal	3	2,2
Diarrhée	3	2,2
Bilan pré-opératoire	1	0,7

Sur le plan macroscopique, les lésions étaient majoritairement ulcéro-bourgeonnantes (Figure 2) dans 37 cas soit 52,9% et bourgeonnantes dans 12 cas soit 17,9%. Le tableau II illustre les aspects macroscopiques des lésions cancéreuses.

Tableau II : aspects macroscopiques des CCR

Forme	Fréquence	Pourcentage
Ulcéro-bourgeonnante	37	52,9
Bourgeonnante	12	17,1
Infiltrante et ulcérée	6	8,6
Ulcéro-bourgeonnante et indurée	6	8,6
Ulcéro-bourgeonnante et infiltrante	4	5,7
Bourgeonnante et infiltrante	3	4,3
Bourgeonnante et indurée	1	1,4
Infiltrante	1	1,4
Total	70	100

Sur le plan topographique, les lésions étaient rectales dans 34 cas soit 48,8%, le colon gauche allant du sigmoïde à l'angle colique gauche représentait 31,4% des localisations avec 22 cas. Le colon droit allant du cœcum à l'angle colique gauche abritait 14 localisations soit 20%.

Le type histologique des cancers était un adénocarcinome dans 67 cas soit 95,7% un carcinome dans 2 cas soit 2,9% et une tumeur stromale gastrointestinale dans 1 cas (1,4%). Le tableau III résume les résultats anatomopathologiques.

Tableau III : aspects anatomopathologiques des CCR

Type histologique	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome	67	95,7
• Adénocarcinome bien différencié	53	75,7
• Adénocarcinome moyennement différencié	9	12,9
• Adénocarcinome peu différencié	5	7,1
Carcinome	2	2,9
• Carcinome bien différencié	1	1,4
• Carcinome peu différencié	1	1,4
Tumeur stromale gastro-intestinale	1	1,4
Total	70	100

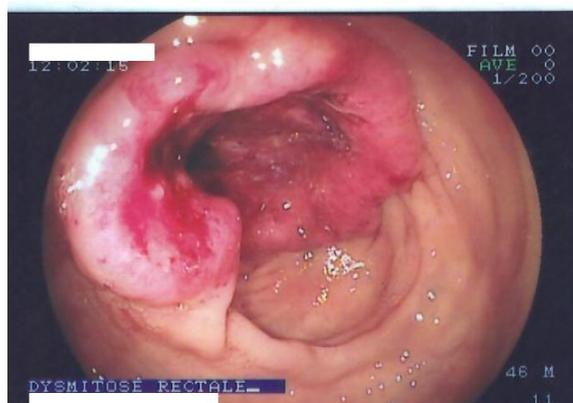


Figure 2 : Lésion ulcérobourgeonnante en lobe d'oreille du rectum

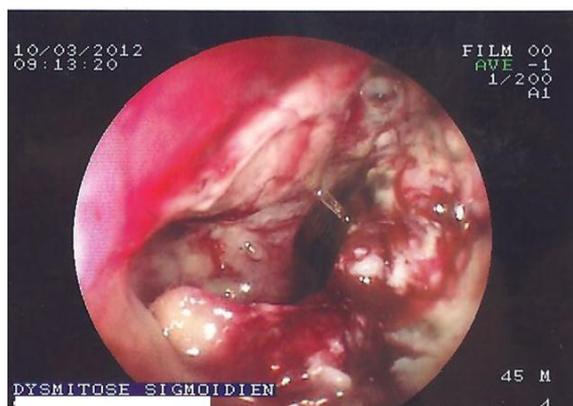


Figure 3 : Lésion ulcérée infiltrante et sténosante du côlon sigmoïde recouverte de fausses membranes et saignante au contact

DISCUSSION

Les limites de cette étude sont souvent retrouvées dans les collectes de données rétrospectives. Il s'agit de la perte de certaines données notamment les antécédents médicaux des patients. Par ailleurs, un recrutement endoscopique des patients ne permet pas une vision holistique de l'ensemble de la pathologie du patient, ni du pronostic thérapeutique du patient. Cependant, nous pouvons retenir les principaux aspects endoscopiques et socio-démographiques du cancer colorectal en milieu hospitalier à Ouagadougou.

Nous avons rapporté 2,18% de lésions macroscopiquement suspectes de néoplasies avec une fréquence annuelle de 7 cas confirmés par an. Ce taux semble croissant dans notre contexte. Bougouma [5] avait recensé 19 cas suspects en 4 ans (1994-1997) représentant 1,55% des coloscopies ; Zouré [8] avait rapporté 36 cas suspects en 7 ans (1999-2005) représentant 1,04% des coloscopies et Soudré [7] avait retrouvé 78 cas suspects en 9 ans 6 mois (1999-2008) représentant 1,62% des coloscopies.

Ce taux qui semble en constante augmentation dans notre pays est cependant inférieur aux résultats rapportés par des auteurs contemporains d'autre pays. En effet, sur l'ensemble des coloscopies, les lésions suspectes de malignité représentaient pour Okon [10] en Côte d'Ivoire 6,8% ; pour Mbengue [11] au Sénégal 9,57% ; pour Akere [12] et Alatisé [13] au Nigéria respectivement 12,1% et 15,6% ; pour Ankouane [14] au Cameroun 7% et pour Elbatea [15] en Egypte 15%.

Toutefois le gradient nord-sud existant dans la prévalence des cancers colorectaux est toujours d'actualité. L'incidence des cancers colorectaux en Occident n'est pas comparable avec son incidence en Afrique noire. En France, Barret [16] a estimé l'incidence des CCR en 2011 à 34 624 cas. Aux Etats-Unis, environ 130 200 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année [1]. Il faut en déduire que malgré l'occidentalisation des modes de vie en Afrique, il persiste encore des facteurs protecteurs dans l'environnement de vie des Africains. La recherche scientifique dans notre contexte devrait se saisir de ce type de question de recherche afin d'identifier et de développer des politiques sanitaires prenant en compte ces facteurs environnementaux bénéfiques.

Le cancer colorectal ne semble pas lié au sexe. L'âge moyen des patients dans notre pays semble en constante évolution. L'âge moyen de nos patients était de 51 ans avec des extrêmes de 20 et 81 ans. Cet âge moyen est supérieur à celui des études d'autres auteurs burkinabè Kalmogho [6] notait un âge moyen de 44 ans variant entre 12 et 74 ans tandis que Zouré [8] notait 47,4 ans avec des extrêmes de 27 et 72 ans. L'espérance de vie des Burkinabè en constante augmentation pourrait expliquer cela.

Il demeure cependant que l'âge moyen de découverte de cette pathologie est plus précoce qu'en Occident, où il se situe entre 65 et 70 ans [17,18] comme signalé par de nombreux auteurs [5, 6, 8, 19]. Considérant que le diagnostic de cette affection est fait sur la base des

symptômes, on réalise que le cancer colorectal sous nos tropiques est bien une maladie de la jeunesse.

Les symptômes majeurs ayant permis le diagnostic endoscopique des tumeurs sont les douleurs abdominopelviennes, les masses abdominopelviennes, et les hématochésies. Les symptômes étant le signe d'une forme avancée, cela signifierait bien que l'âge moyen d'apparition des cancers colorectaux est encore plus bas que l'âge moyen que nous avons rapporté.

Les aspects macroscopiques des tumeurs ont été importants pour la suspicion du caractère malin de la tumeur. Ce procédé comporte des insuffisances. En effet c'est sur la base des anomalies de relief (Figure 2 et 3) que les biopsies ont été faites. Les lésions planes sont donc probablement passées inaperçues. L'apport des colorations artificielles des équipementiers est en effet nécessaire pour identifier ces lésions planes. Ces techniques de colorations artificielles faisant défaut dans notre contexte de travail, on peut penser qu'il y a une sous notification des CCR.

La topographie des lésions reste très variable dans la littérature. Dans notre série le côlon gauche et le rectum sont les sites les plus touchés (figure 2 et 3). Le côlon droit n'abritait que 20% des localisations tumorales. Il s'agit d'un constat favorable. Les tumeurs du colon droit ont un plus mauvais pronostic que les tumeurs du colon gauche qu'elles soient métastatiques ou non [20,21].

Les lésions sont majoritairement des adénocarcinomes du fait des glandes de Lieberkühn. Pour certains auteurs, le caractère moyennement différencié est plus souvent retrouvé chez le sujet de moins de 40 ans [2].

Au-delà de la nature histologique des tumeurs, la classification moléculaire des tumeurs est nécessaire de nos jours pour une approche thérapeutique plus efficace. En effet le CMS (consensus molecular system) distingue 4 sous types de CCR selon la classification moléculaire [22]. Cette classification a un impact pronostique et prédictif des traitements par les biothérapies notamment les traitements par les antiEGFRs et les antiVEGF. Ces nouveaux traitements viennent en appoint aux traitements anciens plus classiques à base de chimiothérapies associant le 5FU au Folfox ou au Folfiri.

CONCLUSION

L'incidence du CCR semble en constante augmentation au Burkina. Il s'agit d'une pathologie de l'adulte jeune dont le diagnostic est tardif. Les examens paracliniques à visée diagnostique sont en effet motivés par la présence des symptômes qui surviennent à des stades plus avancés de la maladie. Cette augmentation que nous avons constatée n'est cependant pas comparable à l'incidence des CCR en Occident. La recherche scientifique des pays du sud devraient alors s'intéresser aux facteurs protecteurs existant dans leurs environnements dans le but non seulement de prévenir l'incidence de la maladie mais aussi de consolider ses acquis actuels. Il serait préjudiciable que pour des impératifs de développement, nous perdions les avantages naturels dont nous bénéficions actuellement.

RÉFÉRENCES

1. OMS. Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ; communiqué de presse n°223, décembre 2013.
2. Abdulkareem FB , Abudu EK, Awolola NA et al. . Colorectal carcinoma in Lagos and Sagamu, Southwest Nigeria: A histopathological review World J Gastroenterol 2008 November 14; 14(42): 6531-6535
3. Chalya PL, Mchembe MD, Mabula JB, Rambau PF, Jaka H, Koy M, Mkongo E and Masalu N. Clinicopathological patterns and challenges of management of colorectal cancer in a resource-limited setting: a Tanzanian experience. World Journal of Surgical Oncology 2013, 11:88
4. Irabor DO. Colorectal carcinoma : why is there a lower incidence in Nigerians when compared to caucasians. J Cancer Epidemiol, 2011 ; 2011 : 675154.
5. Bougouma A, Drabo YJ, Sermé AK, Zoungrana L, Sombié AR, Ilboudo PD, Bonkougou P. Analyse des résultats de 1221 coloscopies en milieu hospitalier au Burkina Faso, 1994-1997. Bull Soc Pathol Exot, 2002; 95, 1:50-52.
6. Kalmogho DE. Les cancers du côlon et du rectum au Burkina Faso : une revue de 86 cas colligés au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou et au Centre Hospitalier National Souro Sanon de Bobo -Dioulasso. Thèse médecine, Ouagadougou, 2001 : 88p.
7. Soudré SMOB. Apport de l'Endoscopie au diagnostic des tumeurs malignes du tube digestif à Ouagadougou. À propos de 140 cas. Thèse de médecine, Dakar 2008 : 184p
8. Zouré N. Apport de la coloscopie au diagnostic des affections recto coliques à propos de 3440 coloscopies. Thèse médecine, Ouagadougou, 2006 : 194p.
9. INSD. Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2016. www.insd.bf/n/
10. Okon AJB, Soro D, Thot'o AS, Diakité M, Ouattara A, Koné A, Koné S, Eloumou BSAF, Assi C, Allahkouadio E, Lohoues KMJ, N'dri N. Pratique de la coloscopie à Abidjan (Côte d'Ivoire) : résultats d'une enquête descriptive au Centre Hospitalier Universitaire de Cocody. Rev Med Pharm, 2014, volume 4, n°1 ; 385-392.
11. Mbengue M, Dia D, Diouf ML, Bassene ML, Halim A. Pratique de la coloscopie en Afrique, analyse de 376 examens à Dakar, Senegal. Med Afr Noire, 2010, vol.57, n°11; 509-512.
12. Akere A, Oke TO, Otegbayo JA. Colonoscopy at a tertiary healthcare facility in southwest Nigeria : spectrum of indications and colonic abnormalities. Ann Afr Med, 2016 ; 15 : 109-13.
13. Alatise OI, Arigbabu AO, Agbakwuru EA, Lawal OO, Ndububa DA, Ojo OS. Spectrum of colonoscopy findings in Ile-Ife Nigeria. Niger Postgrad Med J, 2012; 19 : 219-24.
14. Ankouane AF, Kowo M, Ngo Nongo B, Djapa R, Njoya O, Ndam ECN. Indications, résultats et rendement de la coloscopie dans un environnement économique défavorable : le cas du Cameroun. Health Sci Dis, 2013 ; 14(4).
15. Elbatea H, Enaba M, Elkassas G, El-Kalla F, Elfert AA. Indications and outcome of colonoscopy in the middle of Nile delta of Egypt. Dig Dis Sci, 2011 ; 56 : 2120-3.
16. Barret M, Boustière C, Canard JM, Arpurt JP, Bernardini D, Bulois P, Chaussade S, Heresbach D, Joly I, Lapuelle J, Laugier R, Lesur G, Pienkowski P, Ponchon T, Pujol B, Richard-Molard B, Robaszkievicz M, Systchenko R, Abbas F, Schott-Pethelaz AM, Cellier C ; société française d'endoscopie digestive. Factors associated with adenoma detection rate and diagnosis of polyps and colorectal cancer during colonoscopy in France : results of a prospective, nationwide survey. PLoS One, 2013 ; 8 : e68947.
17. Boutron-Ruault MC, Laurent-Puig P. Epidémiologie, cancérogenèse, facteurs de risque, prévention et dépistage du cancer colorectal. Dans Rambaud JC. Traité de gastro-entérologie. Eds Flammarion, Médecine- Sciences, Paris, 2000 : 541-552.
18. Naveau S, Balian A, Perlemuter G, Gerolami R, Vons C. Tumeurs du côlon et du rectum. Dans Hépatogastro-entérologie. Paris : Eds Masson, 2003 : 328-343.
19. Madiba TE, Ramdial PK, Sewram V. Colorectal cancer in Durban, South Africa: an epidemiological study in the different population groups. First African-Middle East congress on digestive Oncology. Rabat : IDCA, Livre des résumés, 2008 : 47.
20. Schrag D, Weng S, Brooks G et al. The relationship between primary tumor sidedness and prognosis in colorectal cancer J Clin Oncol 2016;15_suppl:3505.
21. Holch JW, Ricard I, Stintzing S et al. The relevance of primary tumour location in patients with metastatic colorectal cancer: A metaanalysis of first-line clinical trials. Eur J Cancer 2017;70:87-98.
22. Guinney J, Dienstmann R, Wang X, et al. The consensus molecular subtypes of colorectal cancer. PLoS Nat Med 2015;21:1350-6.