

## **PRISE EN CHARGE DES TUMEURS OSSEUSES AU CAMEROUN. NOTRE EXPÉRIENCE INITIALE.**

Management of bone tumours in Cameroon. Our initial experience.

**Ibrahima Farikou (\*)**(\*\*\*) ; Motah Mathieu(\*\*); Ngo Nonga Bernadette(\*\*\*) ; Ngandeu Singwe Madeleine(\*\*\*) ; Bahebeck Jean(\*\*\*) ; Sosso Maurice-Aurélien(\*\*\*) ; Eimo Malonga Elysée(\*\*\*\*).

\*Centre National de Réhabilitation des Handicapés de Yaoundé (Etoug-Ebé), B.P. 1586, Yaoundé, Cameroun.

\*\*Service de Chirurgie, Hôpital Général de Douala, B.P. 14572, Douala, Cameroun

\*\*\* Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, B. P. 1364 Yaoundé, Cameroun.

\*\*\*\*Membre Associé de l'Académie Française de Chirurgie.

Correspondance : Dr Ibrahima Farikou, Tél : (237)99870267 (Mobile), Tél/Fax :(237)22310579.  
E-mail : [ifarikou@hotmail.com](mailto:ifarikou@hotmail.com)

### **RÉSUMÉ :**

Les auteurs, à travers une étude épidémiologique et rétrospective de 43 cas de tumeurs de l'appareil locomoteur, soulignent les difficultés de la prise en charge des diagnostique et thérapeutique des tumeurs osseuses au Cameroun. C'était 25 malades de sexe masculin et 18 malades de sexe féminin, dont l'âge moyen est de 25,6 ans. Le diagnostic (26 tumeurs bénignes et 17 tumeurs malignes) a été surtout clinique et radiologique avec une confirmation anatomopathologique seulement dans 11 cas (25,5%). Les difficultés infrastructurelles réduisent la prise en charge de ces tumeurs, vues la plupart du temps tardivement, au seul traitement chirurgical parfois radical avec 3 amputations.

**Mots-clés : tumeurs osseuses, épidémiologie, prise en charge, milieu africain.**

### **SUMMARY :**

The authors carried out an epidemiological and retrospective study of 43 cases of musculoskeletal tumors and underlined the problems of their diagnostic and therapeutic management in Cameroon. They were 25 males and 18 females with histological proof in only 11 cases (25.5%). The inadequate medical infrastructures reduce the management of these bone tumors, seen late, to the only most radical surgery with 3 amputations encountered.

**Key-words: bone tumors, epidemiology, management, African milieu.**

### **INTRODUCTION**

En Occident le diagnostic des tumeurs osseuses est de plus en plus affiné par la mise en oeuvre des examens de plus en plus sophistiqués, la recherche médicale sur l'oncogenèse avance à grand pas, notamment en génie génétique. En Afrique, nous assistons encore à des problèmes de prise en charge des tumeurs liées au manque d'infrastructures de diagnostic et de traitement ou au manque des moyens financiers car dans la plupart des pays africains comme le nôtre, la sécurité sociale n'est pas généralisée voire inexistante. D'autre part, on a l'impression que les pathologies cancéreuses sont délaissées de plus en plus par les pouvoirs publics au profit des affections très médiatisées comme l'endémie du VIH/SIDA. Pourtant elles causent autant de drames humains que les affections dites émergentes mais elles ne bénéficient pas de la même attention que le VIH/SIDA auprès de la communauté médicale locale. Cela se traduit par des malades qui viennent tard en consultation, qui disparaissent dès la première consultation, des examens paramédicaux et des traitements incomplets ou inexistant faute de moyens.

Le but de cette étude est de rapporter notre expérience de prise en charge des tumeurs des os au Centre National de Réhabilitation des Handicapés de Yaoundé (Etoug-Ebé) lors des premières années de notre installation.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons revu tous les dossiers cliniques des malades venus consulter et/ou opérés pour tumeurs osseuses d'Avril 1998 à octobre 2005 au service de Chirurgie orthopédique du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées de Yaoundé (Etoug-Ebé). Il s'agit d'un centre de rééducation qui accueille et traite, outre les accidentés de la voie publique, tous les malades présentant des malformations congénitales ou acquises de l'appareil locomoteur. Ont été exclus de cette étude tous les dossiers incomplets ne permettant pas leur exploitation rationnelle et efficace. Ainsi on a revu toutes les observations cliniques, les examens paracliniques notamment les radiographies et l'imagerie médicale, les comptes-rendus opératoires et les examens histologiques.

Le but de cette étude était, en plus de déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques, d'évaluer l'efficacité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs osseuses dans le contexte africain difficile.

Les critères d'évaluation étaient : le nombre et le pourcentage des malades perdus de vue, le délai de l'apparition des premiers symptômes et signes et la consultation médicale, la taille de la tumeur au moment des consultations, l'apport des examens complémentaires (radiologie, imagerie médicale, et histologie) dans le diagnostic.

## RÉSULTATS

C'était 25 males de sexe masculin et 18 malades de sexe féminin (soit un ratio de ratio d'environ 1,4 :1) et dont l'âge moyen est de 25,6 ans avec des extrêmes de 6 mois à 59 ans (Fig. 1 et 2).

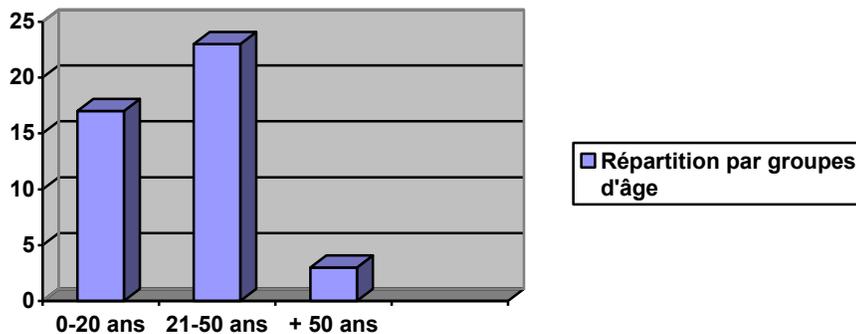


Fig. 1 : Répartition par groupes d'âge

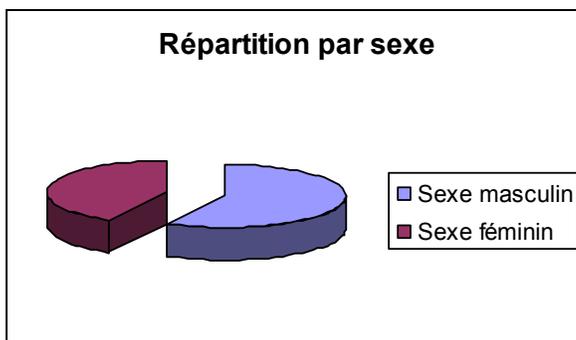


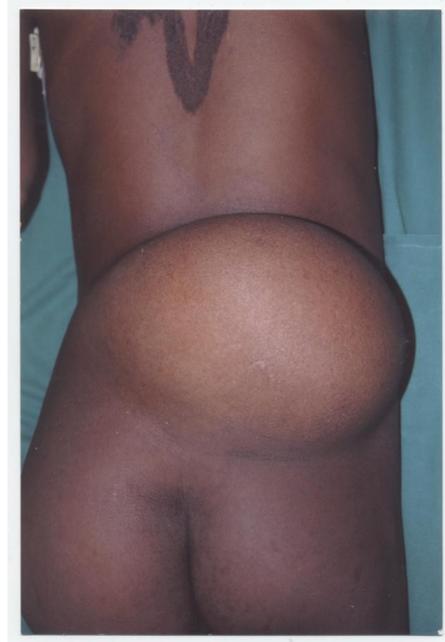
Fig.2 : Répartition par sexe

Sur les 43 malades sélectionnés parmi les dossiers exploitables, 16 sont perdus de vue dès

la première consultation (37,2%). Le délai moyen entre l'apparition des premiers

symptômes et signes et la consultation médicale est de 21,9 mois (extrêmes de 1 mois à 14 ans). La taille de la tumeur au moment de la consultation dépasse 2 cm dans 80,5% des cas (Fig. 1). Deux tumeurs étaient des récurrences locales après une première exérèse réalisée ailleurs quelques années plus tôt.

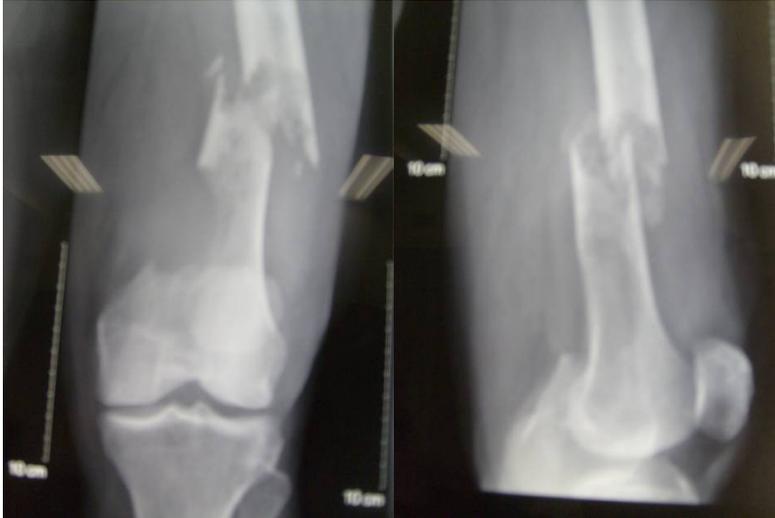
La présomption diagnostique des tumeurs bénignes est de 26 cas (60,4%) contre 17 cas (39,6%) des tumeurs malignes dont 15 cas de localisations primaires et 2 cas de localisations secondaires. La topographie des tumeurs est très disparate (Tableau I).



**Fig. 3 :** *A.R., 10 ans présentant tardivement une volumineuse tumeur bénigne au dos.*

**Tableau I: Topographie des tumeurs**

SIEGE	TUMEURS BENIGNES	%	MALIGNES	%
Fémur	6	13,95	2	4,65
Avant-bras	-	-	2	4,65
Rotule	1	2,32	-	-
Tibia	3	6,97	4	9,30
Pied	-	-	3	6,97
Rachis	3	6,97	1	2,32
Bassin	2	4,65	3	6,97
Omoplate	1	2,32	-	-
Poignet	3	6,97	-	-
Péroné	1	2,32	-	-
Main	2	4,65	-	-
Coude	1	2,32	-	-
Indéterminé	3	6,97	2	4,65
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>60,4</b>	<b>17</b>	<b>39,6</b>



**Fig. 4 : une fracture pathologique sur métastase dont la preuve histologique de la tumeur primitive n'a jamais mise en évidence.**

Le bilan radiographique standard a pu être obtenu chez 28 malades (65,1%) (Fig. 4). L'échographie, le scanner et la scintigraphie ont été réalisés respectivement chez 4 malades (9,3%), 2 malades (4,6%) et 1 malade (2,3%). Aucun malade n'a bénéficié de l'examen IRM. La confirmation anatomopathologique après

exérèse ou biopsie exérèse ( Tableau II et Fig. 5) n'a pu être apportée que chez 11 malades (25,6%). Trois amputations ont été réalisées et 1 décès est survenu en cours de traitement après amputation. Un seul des 43 malades a eu une radiothérapie complémentaire.

**Tableau II : Résultats anatomopathologiques des biopsies et biopsies- exérèses.**

TUMEURS BENIGNES	Chondrome	2
	Ostéochondrome	2
	Méningiome	1
	Lipome	1
TUMEURS MALIGNES	Ostéosarcome	2
	Chondrosarcome	1
	Fibrosarcome	1
	Rhabdomyosarcome	1



**Fig. 5 : Une exérèse-biopsie d'une tumeur du genou sans preuve histologique.**

## DISCUSSION

La rareté des études consacrées aux tumeurs osseuses atteste du peu d'intérêt qu'elles suscitent en Afrique. Les quelques auteurs (Bahebeck et coll. [1], Kouakou N'Zue et coll. [2]) qui se sont penchés sur le sujet insistent sur la précarité de leur prise en charge. La prédominance du sexe masculin au Cameroun a déjà été rapportée par Mbakop et coll. [3] récemment dans une étude de la localisation cancéreuse des malades âgés de plus de 50 ans : 52,2% pour les hommes contre 47,8% pour les femmes. Notre étude confirme également cette prédominance, même légère des tumeurs bénignes sur les tumeurs malignes déjà rapportée par Bahebeck et coll. [1] : 48% de tumeurs bénignes contre 45% de tumeurs malignes. Il faut souligner également le taux très faible de localisations secondaires osseuses au Cameroun : 6% (Bahebeck et coll. [1] et 11,8% (notre série). Les seuls 2 cas de localisations secondaires de notre série ont pour origine une atteinte primitive du sein et de l'utérus chez 2 femmes âgées respectivement de 43 et 59 ans. Au Cameroun, les cancers de l'utérus et du sein sont les plus fréquemment rencontrés chez les femmes âgées de plus de 50 ans : 31,74% pour l'utérus et 18,48% pour le sein (Mbakop et coll. [3]). Un certain nombre de malades venus consulter présentaient déjà des complications. C'est notamment 2 déformations angulaires du genou dues à un chondrome et à un ostéosarcome, une ankylose du coude et surtout plus grave, une paraplégie chez une femme chez qui on a diagnostiqué un angiome intrarachidien.

Le diagnostic n'a été certain avec preuve histologique à l'appui que dans un peu plus du 25% des malades revus. Wamisho et coll [4], dans une étude 216 cas de tumeurs osseuses menée en Ethiopie dans un hôpital de référence ont pu obtenir un diagnostic radiologique avec confirmation diagnostique de 172 cas sur 205 soit 84%. D'autre part, seulement 7 malades (16,2%) ont pu bénéficier de l'apport de l'imagerie moderne (échographie, scanner, scintigraphie) alors qu'il est admis partout ailleurs que leur apport est aujourd'hui indéniable en cancérologie. C'est dire l'embarras du chirurgien qui doit prendre une décision aussi délicate et grave qu'une exérèse radicale ou une amputation. Bahebeck [1] avait déjà également souligné ces difficultés infrastructurelles et le peu d'intérêt que porte le corps médical pour le dépistage des tumeurs osseuses au Cameroun. La

rareté et le coût hors de portée de la plupart des familles de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie réduisent considérablement le nombre des malades soumis aux traitements adjuvants : un seul malade a bénéficié de la radiothérapie complémentaire. La chirurgie radicale reste la plupart du temps le seul recours thérapeutique le plus accessible. L'amputation des membres d'origine oncogène représente 1,4% à 12,1% selon les séries publiées récemment au Nigeria (Akiode et coll. [5] et Solagberu [6]. Eyesan et coll [7], dans une étude réalisée au Malawi, attribuent la cause des amputations au fait que les patients se présentent tardivement à un stade avancé de ces tumeurs.

## CONCLUSION

Le retard de diagnostic, les examens paracliniques incomplets, le traitement peu suivi ou l'abandon du traitement faute de moyens sont les principales difficultés de la prise en charge des tumeurs de l'appareil locomoteur. L'amélioration des conditions de prise en charge des tumeurs en général et des tumeurs osseuses en particulier nécessiterait chez nous des séminaires de formation pour le dépistage précoce et des campagnes d'information du public encore plus intenses, l'équipement en infrastructures de diagnostic et de traitement et la généralisation de la sécurité sociale maladie.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Bahebeck J, Atangana R, Eyenga V, Pisoh A, Sando Z, Hoffmeyer P. Bone tumours in Cameroon: incidence, demography and histopathology. *Int Orthop.* 27(5): 315-417, 2003.
2. Kouakou N'zue M, Akonde-Comoe ML, Eti E, Gabla A, Toto A, Attia AK, N'zik K, N'dri K. Métastases osseuses en milieu hospitalier Ivoirien : à propos de 26 cas. *Rhumatologie.* 46(9) : 243-245, 1994.
3. Mbako A, Yomi J, Nkegoum B, Mouelle Sone A. Localisations des cancers chez les hommes et les femmes âgés de plus de 50 ans au Cameroun. *Bull Cancer.* 84(12): 119-1122, 1997.
4. Wamisho BL, Admasie D, Negash BE, Tinsay MW. Osteosarcoma of limb bones: a clinical, radiological and histopathological diagnostic agreement at Black Lion Teaching Hospital, Ethiopia. *Malawi Med J.* 21(2):62-5, 2009.
5. Akiode O, Shonubi AM, Mus A. Sule G. Major limb amputations: an audit of indications in suburban surgical practice. *J Natl Med Assoc.* 97 (1): 74-8, 2005.
6. Solagberu BA. The scope of amputations in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Med Sci.* 30(3):225-7, 2001.
7. Eyesan SU, Obalum DC, Onovo DO, Ketiku KK, Abdulkareem FB. Indications for ablative surgery in extremity musculoskeletal tumours. *Nig Q J Hosp Med.* 19(4):206-9, 2009.