

LES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES DU CANCER DE L'ESTOMAC EN MILIEU URBAIN AU MALI

Epidemiological characteristics and prognosis of gastric Cancer in urban areas of Mali

Diarra MT¹, Konaté A¹, Diarra AN¹, Sow H¹ épouse Coulibaly, Doumbia K épouse Samaké¹, Kassambara Y¹, Tounkara M¹, Souckho A épouse Kaya², Dembélé M², Traoré CB³, Traoré HA², Maïga MY¹

1. Service d'hépatogastroentérologie du CHU GABRIEL ; 2. Service de médecine interne du CHU Point G ; 3. Service d'anatomie pathologique du CHU Point G

Correspondant : Pr Moussa T DIARRA BP E55 Bamako- Mali ; e-mail : dimouss65@yahoo.fr

ABSTRACT

Stomach cancer remains a public health problem. It is increasingly found in our regions, probably because of the greater availability and improvement of diagnostic facilities. **The goal** of this work was to study the epidemiological characteristics and prognosis of gastric cancer in the hepatogastroenterology and general surgery wards of the Gabriel Toure's university hospital. **Methods**: We conduct a descriptive retrospective study on patients collected from June 2008 to May 2009, and the enrollment of these patients lasted from June 2009 to May 2010. **Results**: We examined the records of 68 cases of gastric cancer in 115 cases of digestive cancers a frequency of 59.1%.

The mean age of patients was 56.51 ± 14.8 years with extremes of 27 and 90 years. The sex ratio was 1.6 in favor for men. The social and professional groups (housewives and farmers) were the most represented with 50 cases (73.5%).

Salting, smoking, consumption of tô (cereal dough) with potash were the most found risk factors in 80.9%, 94.2% and 80.6% of cases, respectively. The localization of antro-pyloric site was most represented (60.3%). Adenocarcinoma was the most common histological type (94.1%), one case of Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST), two cases of non hodgkin malignant lymphoma were found. The curative surgery was performed in 8.9% of our patients. The overall survival rate after any surgery with two-year follow-up was 9.4%. Post curative surgery survival was 83.3% at two years follow-up. **Conclusion**: Stomach cancer is common in our context, but its management is suffering from delayed diagnosis. **Keywords**: cancer; stomach; epidemiology; prognosis

RESUME

Le cancer de l'estomac reste un problème de santé publique. Il est de plus en plus constaté dans nos régions, du fait probablement de la disponibilité plus importante des moyens diagnostiques.

Le but de ce travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et pronostiques du cancer de l'estomac dans les services d'hépatogastroentérologie et de Chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive ayant porté sur les malades colligés de juin 2008 à mai 2009 et l'étude des dossiers de ces malades a duré de juin 2009 à mai 2010. Nous avons consulté les dossiers de 68 cas de cancers de l'estomac sur 115 cas de cancers digestifs soit une fréquence de 59,1%. L'âge moyen des patients était de $56,51 \pm 14,8$ ans avec des extrêmes de 27 et 90 ans. Le sexratio était de 1,6 en faveur des hommes. Les couches socioprofessionnelles (ménagères et cultivateurs) étaient les plus représentées avec 50 cas soit 73,5%. La salaison, le fumage, la consommation de tô (pâte de céréales) avec potasse ont été les facteurs de risque les plus retrouvés dans respectivement 80,9% ; 94,2% et 80,6% des cas. Le siège antro-pylorique a été plus représenté (60,3%). L'adénocarcinome a été le type histologique le plus fréquent (94,1%), un cas de tumeur stromale, deux cas de lymphome malin non hodgkinien ont été retrouvés. La chirurgie à visée curative a été réalisée chez 8,9% de nos patients. Le taux de survie globale après toute chirurgie confondue à deux ans de suivi a été de 9,4%. La survie post chirurgie curative a été de 83,3% à deux ans de suivi.

Conclusion : Le cancer de l'estomac est fréquent dans notre contexte mais sa prise en charge souffre du retard diagnostique. **Mots-clés** : cancers ; estomac ; épidémiologie ; pronostic.

INTRODUCTION

Le cancer de l'estomac constitue un véritable problème de santé publique à travers le monde [1]. L'incidence mondiale du cancer de l'estomac était de 934.000 nouveaux cas en 2002, occupant ainsi le 4^{ème} rang des cancers et ce cancer a été responsable de 700.349 décès la même année [2,3]. Bien qu'en régression dans certains pays avec une diminution de l'incidence de 35% en 20 ans ce cancer reste néanmoins dans ces pays l'un des

cancers digestifs les plus fréquents [4,5,6,7]. Le taux de survie brut en France est de 20% en 5 ans et 8,7% en 10 ans. Le cancer de l'estomac est responsable en France de 5000 décès par an. [6]. Au Singapour, le pronostic du cancer de l'estomac s'est amélioré en 20 ans, la survie globale à 5 ans passant en moyenne de 4,8% à 23% [8]. En Afrique l'incidence en 2002 était estimée à 15/100000 habitants chez l'homme contre 8,5/100000 habitants chez la femme [7]. Il occupe la

deuxième place des cancers chez l'homme au Rwanda, en Gambie, au Sénégal [9].

Depuis 1977, des études entreprises au Mali ont rapporté que le cancer de l'estomac est l'un des cancers les plus fréquents. Il est le deuxième cancer de l'homme après celui du foie et le 3^{ème} cancer de la femme après ceux du col utérin et du sein [10].

Au Mali, il occupe le premier rang des cancers digestifs et reste une affection de mauvais pronostic car les moyens thérapeutiques sont limités et la survie à 5 ans est de 20,9% [11]

Nous avons ainsi entrepris ce travail dans le but d'actualiser ses caractéristiques épidémiologiques et pronostiques.

METHODE

1. PATIENTS : L'étude rétrospective descriptive a porté sur les malades recrutés de juin 2007 à juin 2008 et l'étude des dossiers de ces malades a duré de juin 2009 à mai 2010 dans les services d'Hépatogastroentérologie et de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Ont été inclus dans l'étude tous les malades ayant un cancer de l'estomac confirmé par l'histologie.

2. Méthodes : -Les registres de compte rendu opératoire et les dossiers des malades ont été consultés à la recherche des données socio-démographiques, cliniques et le suivi des patients.

-Supports : La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur le logiciel SPSS 12.0 for Windows. Nous avons fait une saisie simple des textes, tableaux et graphiques sur les logiciels World et Excel. Le test de comparaison a été le chi² de EP16 (test significatif si $P < 0,05$)

RESULTATS

De juin 2009 à mai 2010, nous avons consulté les dossiers de 68 cas de cancers de l'estomac sur 115 cas de cancers digestifs soit une fréquence de 59,1%. L'âge moyen de nos patients était de $56,5 \pm 14,8$ ans avec des extrêmes de 27 et 90 ans. Le sexe masculin était le plus représenté avec un sex ratio de 1,6. Les cultivateurs et les ménagères ont représenté respectivement 38,2% et 35,3% de l'échantillon. Les principaux modes de conservation de la viande et du poisson étaient la salaison et le fumage (Tableaux I). La consommation du tô (pâte de céréale) avec potasse était retrouvée chez 88,2% des patients. 26,5% des patients étaient fumeurs et 17,7% consommaient des fruits et des légumes au moins 4 à 5 fois par semaine. La douleur abdominale, l'amaigrissement et les vomissements étaient les signes les plus retrouvés à l'interrogatoire (Tableau II), tandis qu'à l'examen physique le syndrome tumoral prédominait (Tableau III). La tumeur était

essentiellement ulcéro-bourgeonnante dans 32,4% des cas et la localisation antrale isolée a représenté 48,5% des cas. L'adénocarcinome était retrouvé dans 95,6% des cas. Une chirurgie curative n'a été possible que dans 11,3%. Globalement on a constaté que la survie post opératoire chez les bénéficiaires de traitement curatif était de 83,3% à deux ans. Une différence statistiquement significative existait entre la survie et l'âge avec $P = 10^{-6}$ (exact de Fisher) (Tableau IV).

DISCUSSION

La collecte des données a été effectuée pendant 12 mois et a porté sur 68 dossiers.

L'effectif de l'échantillon a été limité, car quelques biopsies (environ une dizaine) étaient ininterprétables à l'examen histologique.

Dans notre étude le cancer de l'estomac a représenté 59,1% des cancers digestifs.

Cette fréquence est supérieure à celles retrouvées par Kanouté au Mali à 53,7% [11], Amegbor au Togo à 49% [12], Jemal aux Etats-Unis à 7,7% [13]. La fréquence élevée de ce cancer en Afrique pourrait s'expliquer par le mode de vie notamment le mode de conservation des aliments de base.

L'âge moyen de nos patients était de $56,5 \pm 14,8$ ans, fort semblable aux études d'Amegbor [12], de Sacko [14] et de Sano [15] qui ont rapporté respectivement 53 ans ; 55,5 ans et 61 ans. Dans l'ensemble 17,6% de nos malades avaient moins de 50 ans. Le cancer de l'estomac considéré comme une maladie des personnes âgées, est de plus en plus retrouvé chez les jeunes [3, 11, 12, 14, 15].

Le sex-ratio dans notre série était de 1,6. Jemal (sex-ratio : 1,54) [13] ; Karayuba (sex-ratio : 1,6) [16] ; et Kanouté (sex-ratio : 1,7) [11] ont aussi retrouvé une prédominance masculine

Dans notre série, globalement les couches socioprofessionnelles défavorisées étaient les plus représentées avec 85,3%. Kanouté [11] a fait le même constat avec 86,2%.

La consommation de « tô » avec potasse a été retrouvée chez 88,2 % des patients de même que celle du poisson fumé et salé retrouvée chez 94,2 % des patients. Les mêmes constatations ont été faites par d'autres auteurs maliens [10, 11, 17]. Ce qui pourrait expliquer l'importance de ce cancer dans notre contexte. Une alimentation riche en fruits et légumes crus a été rare (17,7%) alors qu'elle diminue le risque de cancer de l'estomac [18, 19]. L'épigastrie avec 100% des cas, les vomissements alimentaires avec 80,9% des cas et la dysphagie avec 20,6% des cas étaient les symptômes fonctionnels les plus retrouvés.

D'autres études retrouvaient les mêmes constatations [11, 16, 23]. Ils traduisent une

tumeur évoluée alors que ces signes étaient moins fréquents dans certains pays où le diagnostic était plus précoce [3,23]. L'amaigrissement a été retrouvé chez 92,6% de nos patients. Dans l'étude de Kanouté[11] il a été retrouvé chez 96,8% des patients. Mais des taux inférieurs ont été rapportés par Blachshaw[24], Heise[3] et Wanedo[25] avec respectivement 37% ; 55,6% et 61,6%. L'amaigrissement, le syndrome tumoral, l'ascite confirment aussi le caractère avancé de la maladie[3,11,16,24,26,27]. La grande fréquence de la localisation antro-pylorique pourrait être liée à la prévalence de l'infection à *H. pylori*[20] et s'expliquer par la prédominance de cette localisation en Afrique et en Asie, du fait de la prévalence élevée de cette infection dans ces zones [21]. La majorité de nos patients avaient un adénocarcinome avec 80,1% dont 67,6% étaient bien différenciés. La fréquence de ce type histologique a été rapportée par tous les auteurs[3,12,20,28]. Dans notre série la chirurgie curative n'a été possible que dans 8,8% des cas. Pour Karayuba au Burundi [16] le traitement chirurgical curatif a été possible dans 75,4%. A cause du stade évolutif 69,1% de nos patients ont reçu un traitement palliatif. Pour Kanouté[11] le traitement était palliatif dans 68,2%. Au cours de ce travail, nous avons enregistré 52 décès en deux ans de suivi après diagnostic, 39 décès après toute chirurgie confondue et un décès après la chirurgie curative. La survie globale après toute chirurgie confondue en deux ans de suivi a été de 9,4%. Cette mortalité est superposable à celle de la série de Coulibaly[28] avec 9,7%. La survie post chirurgie curative a été de 83,3% à deux ans de suivi dans notre série. Coulibaly[28] et Kanouté [11] ont eu respectivement 50,9% et 21% de survie post chirurgicale curative après 5 ans de suivi. le cancer de l'estomac reste un problème de santé publique et la résection de la tumeur avec curage ganglionnaire qui reste la seule possibilité curatrice du cancer de l'estomac est rare dans notre contexte à cause du diagnostic tardif. Il faut donc avoir une vigilance oncologique et pratiquer une endoscopie digestive haute devant toute symptomatologie du haut appareil chez le sujet âgé.

Tableau I: Répartition des patients en fonction du mode de conservation du poisson et de la viande

Conservation de la viande	Effectif	%	Conservation du poisson	Effectif	%
Salaison	55	80,9	Fumage	64	94,2
Salaison/ Réfrigération	7	10,3	Séchage	2	2,9
Réfrigération	3	4,4	Réfrigération	2	2,9
Naturelle	3	4,4	Total	68	100
Total	68	100			

Tableau II: Répartition des patients en fonction des données de l'interrogatoire

Signes à l'interrogatoire	Effectif	%
Douleur abdominale	68	10
Amaigrissement	63	92,6
Vomissement	55	80,9
Constipation	29	42,6
Dysphagie	14	20,6
Mélena	10	14,7
Hématémèse	08	11,8
Diarrhée	03	4,4
Diarrhée/ constipation	03	4,4
Rectorragie	02	2,9

Tableau III : Répartition des patients en fonction des signes physiques

Signes physiques	Effectif	%
Masse épigastrique	36	52,9
Ondes péristaltiques	30	44,1
Adénopathies	14	20,6
OMI (oedèmes des membres inférieurs)	12	17,7
Ascite	10	14,7
Hépatomégalie	06	8,8
Nodules dans le cul de sac de Douglas au TR	04	5,9
Lésions de grattage	05	7,4
Splénomégalie	03	4,4

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de l'âge et de la durée de survie

Tranche d'âge Survie	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80-90 ans	Total
< 3 mois	5 (45,45%)	4 (17,36%)	12 (40%)	2 (50%)	23 (33,8%)
3-6 mois	4 (36,36%)	11 (47,82%)	8 (26,66%)	1 (25%)	24 (35,3%)
7-12 mois	1 (9,09%)	5 (21,73%)	4 (13,33%)	0 (0%)	10 (14,7%)
13-18 mois	0 (0%)	0 (0%)	4 (13,33%)	0 (0%)	4 (6%)
19-24 mois	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,33%)	1 (25%)	2 (2,9%)
>24 mois	1 (9,09%)	3 (13,04%)	1 (3,33%)	0 (0%)	5 (7,3%)
Total	11	23	30	4	68 (100%)

P=10⁻⁶

REFERENCES

- 1-Sophie D, Antoine A.** Les cancers de l'estomac : Bull cancers 2001 ;88(11) :1105-18
- 2- Wang X, Terry PD, Yan H.** Review of salt consumption and stomach cancer risk: Epidemiological and Biological evidence. World Gastroenterol 2009;15(18):2204-13.
- 3-Heise H, Bertran E, Marcelo E, Andia ME, Ferreccio C.** Incidence and survival of stomach cancer in a high-risk population of Chile. World Gastroenterol 2009;15(15):1854-62.
- 4-Remy-Jacques S, Benchimol D, Baquet P** Cancer de l'estomac Rev Prat 1999 ; 49 (12) : 1329-36.
- 5-Michel P, Di Fiore F.** Le traitement adjuvant du cancer de l'estomac. Hepatogastroenterol 2005;12(2):135-40.
- 6-Vieth M, Stole M.** Elevated risk for gastric adenocarcinoma can be predicted from histomorphology. World Gastroenterol 2006;12(38):6109-14.
- 7- Maconi G, Manes G, Porro GB.** Role of symptoms in diagnosis and outcome of gastric cancer. World J Gastroenterol 2008;14(8):1149-55.
- 8- Lim GH, Wong CS, Chow KY, Bhalla V, Chia KS.** Trends in Long-term Cancer Survival in Singapore: 1968-2002. Ann Aca Med 2009;38:99-105.
- 9-Peghini M , Barabe P, Touze J E** Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal Apport de 18000 endoscopies effectuées à l'hôpital principal de Dakar. Med Trop 1990 ; 50 (2) : 205-208.
- 10-Diallo K.** Etude épidémiologique et anatomoclinique des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas. Thèse, Med, Bamako, 2008 ; 468.
- 11-Kanouté M** Les cancers de l'estomac : Aspects diagnostiques et thérapeutiques dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse, Med, Bamako, 2010 ; 364.
- 12- Amegbor K, Napo-Koura GA, Songne-Gnamkoulamba B, Redah D, Tekou A.** Epidemiological and pathological aspects of gastrointestinal tumors in Togo. GastroenterolClinBiol 2008;32:430-34
- 13-Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ.** Cancer Statistics 2009. CA Cancer J Clin 2009;59:225-249.
- 14-Sacko. O** Cancer de l'estomac en chirurgie « A » de l'Hôpital du Point G de 1999 à 2001 (à propos de 36 cas). Thèse, Med, Bamako, 2002 ; 21
- 15- Sano T, Sasako M, Yamamoto S, Nashimoto A, Kurita A, Hiratsuka M et al.** Gastric cancer surgery: Morbidity and Mortality Results from a Perioperative Randomized Controlled Trial Comparing D2 and Extend Para-Aortic Lymphadenectomy- Japan Clinical Oncological Group Study 9501. J Clin Oncol 2004; 22 (14):2767-73.
- 16-Karayuba R, Armstrong O, Bigirimana V, Ndarugirire F, Ngendahayo L, Marerwa G et al.** Le traitement chirurgical des cancers gastriques au CHU de Kamenge (Burundi) à propos de 53 cas. Med Afr Noire 1993;40(10):605-608.
- 17-DIARRA CA** Epidémiologie des cancers digestifs au CHU Gabriel Touré Thèse, Med, Bamako, 2009 ; 479.
- 18-Correa P.** Is gastric cancer preventable? Gut 2004; 23:1217-1219.
- 19-Bretagne J F.** Faut-il éradiquer *l'helicobacterpylori* pour prévenir le cancer gastrique? GastroenterolClinBiol 2003; 27: 440-452.
- 20-Layke JC, Lopez PP.** Gastric cancer: Diagnosis and Treatment Options. Am Fam Physician 2004; 69(5):1133-40.
- 21- Faik M.** Mise au point sur l'infestation gastrique par *l'helicobacterpylori*. Maghreb Med 2000; 79:17-9.
- 22-Konaté A, Diarra M, Soucko-Diarra A, Dembélé M, Bah N, Kallé A et al.** Gastrites chroniques à l'ère *d'helicobacterpylori* au Mali. Acta endoscopica 2007;37(3):315-20.
- 23-Hosseini SN, Mousavinasab SN, Moghimi MH, Fallah R.** Delay in diagnosis and treatment of gastric cancer from the beginning of symptoms to surgery. Med J 2007;29(2):77-81.
- 24-Blackshaw GRJC, Stephens MR, Lewis WG, Paris HJ, Barry JD, Edwards P et al.** Prognostic significance of acute presentation with emergency complications of gastric cancer. Int Med 2004;7:91-6.
- 25-Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G, Winchester D, Robert Osteen.** Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons. Ann Surg 1993;218:583-92.
- 26- Tsugane S and Sasazuki S.** Diet and the risk of gastric cancer: review of epidemiological evidence. Int J Cancer 2007;10:75-83.
- 27- Gill S, Shah A, Le N, Cook EF, Yosida EM.** Asian Ethnicity Related Differences in Gastric Cancer Presentation and Outcome Among Patients Treated at a Canadian Cancer Center. J clin oncol 2003; 21(11): 2070-76.
- 28- COULIBALY. B** Cancer de l'estomac Type de résection et survie : expérience du service de chirurgie "A" au point "G" à Bamako Thèse, Med, Bamako, 2007 ; 35.