

Original article



Colorectal cancers: descriptive study of 122 cases

Ndèye Marième DIAGNE¹, Djibril Salam DIOUF¹, Marie Monique TINE¹, Elimane Seydi BOUSSO¹, Ramatoulaye DIOUF³, Maguette FAYE⁴, Ibrahima SALL⁴

1. Service d'oncologie médicale-hématologie clinique, Hôpital Principal de Dakar, 01 Avenue Nelson Mandela - Sénégal
2. Service d'imagerie médicale, Hôpital Principal de Dakar, 01 Avenue Nelson Mandela - Sénégal
3. Service d'anatomie pathologique, Hôpital Principal de Dakar, 01 Avenue Nelson Mandela - Sénégal
4. Service de chirurgie viscérale, Hôpital Principal de Dakar, 01 Avenue Nelson Mandela - Sénégal

ABSTRACT

Colorectal cancers are a global public health problem and represent the 6th cause of death. Westernization of lifestyle with a diet of animal origin, alcohol consumption, smoking, a sedentary lifestyle leading to overweight and obesity are reported risk factors which can be avoided. The authors report a retrospective, descriptive study over 11 years, in the medical oncology and clinical hematology department of *Hopital Principal de Dakar*. 122 patients included have colorectal cancer whose diagnosis was histological. The mean age was 52 years old. Sex ratio was 1.4. Clinically, pain was noted in 44 cases. The patients had a preserved general condition classified in 89 cases. Lieberkuhnien adenocarcinoma was found on pathological examination in all patients. According to the TNM classification, the tumor was classified as stage 4 in 55 cases, stage 3 in 44 cases, stage 2 in 17 cases and stage 1 in 9 cases. 83 patients have surgical resection. Surgery was curative in 76 cases and palliative in 7 cases. Adjuvant chemotherapy was performed in 41 cases, and palliative chemotherapy in 73 cases. Evolution was marked by progression in 38 cases, a partial response in 23 cases and stability of the lesions in 10 cases. There were 44 deaths, 26 patients lost to follow-up and 52 patients were alive.

ARTICLE HISTORY

Received 19 Jan 2025

Accepted 19 Feb 2025

KEYWORDS

Colorectal cancer,
Epidemiology, Dakar, Senegal

CORRESPONDING AUTHOR

Ndeye Marième DIAGNE
yamaismael@yahoo.fr

1. INTRODUCTION

Les cancers colorectaux constituent un problème de santé publique mondiale ; ils représentent le troisième cancer par sa fréquence avec une incidence de 1,926,118 nouveaux cas et 903,859 décès. Les taux d'incidence de ces cancers sont relativement faibles dans la plupart des régions d'Afrique, d'Asie du Sud et d'Asie centrale. Au Sénégal, l'incidence est estimée à 11 840 nouveaux cas et 8 134 décès en 2022. Ils représentent la 6^e cause de décès (1-3). L'occidentalisation du mode de vie avec une alimentation d'origine animale importante pauvre en fibres, la consommation d'alcool, le tabagisme, la sédentarité à l'origine d'un surpoids et de l'obésité sont des facteurs de risque rapportés et qui peuvent être évités. Cependant, il existe des

facteurs de risque qui sont non modifiables tels que l'âge, les antécédents familiaux de cancer colorectal, d'adénome ou de colite inflammatoire et le portage d'une mutation génétique héréditaire (syndrome de Lynch et polypose adénomateuse familiale). Le pronostic s'est amélioré par un diagnostic précoce, des stratégies de traitement chirurgical mieux adaptées et le bénéfice de la chimiothérapie adjuvante dans les cancers de stade 3 et palliative au stade métastatique (4-5).

2. PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur 11 ans, dans le service d'oncologie médicale et d'hématologie clinique de

l'hôpital principal de Dakar. La période d'étude est de janvier 2010 à janvier 2021. Tous les malades inclus présentaient un cancer colorectal dont le diagnostic était histologique. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne et les variables qualitatives exprimées en valeurs absolues et relatives. Les données étaient analysées avec le logiciel Excel version 2016.

La participation à cette étude était libre et volontaire, avec un consentement éclairé des participants. Aucun préjudice et aucun avantage n'ont été tirés de la participation ou non à cette étude. Les données ont été collectées de manière anonyme et confidentielle.

3. RESULTATS

Nous avons reçu 122 dossiers. L'âge moyen était de 52 ans. Le sex ratio était 1,4. Au plan clinique, on notait une douleur dans 44 cas. Les malades avaient un état général conservé, classé OMS 0 et 1 dans 89 cas. Au plan biologique, on trouvait une anémie dans 42 cas avec un taux moyen d'hémoglobine de 8,4 g/dl. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne objectivait des métastases dans 49 cas. Le siège des métastases était hépatique dans 70 % des cas, pulmonaire dans 12 % des cas et péritonéale dans 11 % des cas. Le siège de la tumeur était colique dans 89 cas : au côlon gauche dans 79 % des cas, au côlon droit dans 29 % des cas et au côlon transverse dans 2 % des cas. Le siège de la tumeur était rectal dans 33 cas, soit 21 %. Il s'agissait d'une tumeur du haut rectum dans 52 % des cas, du haut et moyen rectum dans 18 % des cas, du moyen et bas rectum dans 17 % des cas et du bas rectum dans 13 % des cas. Un adénocarcinome Lieberkuhnien était retrouvé chez tous les malades à l'examen anatomopathologique. Selon la classification TNM, la tumeur était classée stade 4 dans 55 cas, stade 3 dans 44 cas, stade 2 dans 17 cas et stade 1 dans 9 cas. Quatre-vingt-trois patients ont eu une résection chirurgicale. La chirurgie était curative dans 76 cas et palliative dans 7 cas. Une chimiothérapie adjuvante a été réalisée dans 41 cas. Une chimiothérapie palliative de première ligne était réalisée dans 73 cas. L'évolution était marquée par une progression dans 38 cas, une réponse partielle dans 23 cas et une stabilité des lésions dans 10 cas. On notait 44 décès, 26 malades perdus de vue et 52 patients en vie sous surveillance.

4. DISCUSSION

Le cancer colo rectal est une maladie de l'adulte dans notre étude avec un sex ratio de 1,2. Cette prédominance masculine est retrouvée dans une série au Sénégal et dans de nombreuses études africaines, mais également en occident. La tranche d'âge de 46-55 ans est la plus représentée dans notre série avec un âge moyen de 52 ans (Figure 1). Dans la littérature, le cancer colorectal survient chez l'adulte jeune en Afrique, ce qui constitue un facteur de mauvais. L'âge au diagnostic en occident est plus avancé entre 60 et 70 ans avec des campagnes de

dépistage menées à partir de 50 ans avec pour conséquence un diagnostic et une prise en charge précoce. La survenue précoce du cancer colorectal chez le sujet africain est multifactorielle ; le terrain de prédisposition génétique dont les explorations n'ont pas été réalisées dans notre étude, car les malades n'ont pas rapporté d'antécédents familiaux de cancer. Ces explorations ne sont pas réalisées dans la majorité des séries en Afrique du fait de leur non-disponibilité et de leur coût onéreux. Lorsqu'elles sont réalisées, les prélèvements sont acheminés vers des laboratoires étrangers. La jeunesse des populations africaines peut expliquer le jeune âge de survenue du cancer colo rectal, mais également l'absence de programme de dépistage et de prévention dans la plupart des pays en voie de développement. Aux États unis des études menées sur les populations afro-américaines montrent une prévalence plus élevée de cancer colo rectal à un âge jeune par rapport aux américains de race blanche du fait de facteurs de risque plus important et d'un terrain génétique de prédisposition souvent associé à cette affection (4-8). L'augmentation de la prévalence des polypes adénomateux dont la croissance augmente entre 30-40 ans et pouvant toucher 30 % des sujets de 65 ans est une autre hypothèse avec l'absence de dépistage précoce par la réalisation d'une recto-sigmoidoscopie et par la coloscopie permettrait le dépistage précoce des polypes précancéreux et leur résection (4,8). Il est également noté une grande exposition aux facteurs de risque tels que le tabac, l'alcool, le surpoids, l'obésité, la sédentarité et les fumées nocives. Le faible niveau socio-économique des patients avec 50 % d'analphabètes a été rapporté dans une série en Afrique du Nord ; elle est une réalité non négligeable au Sénégal (9-10).

La symptomatologie douloureuse dans notre série était objectivée chez 44 malades qui présentaient des douleurs abdominales au diagnostic associées à un état général conservé classé 0 à 2 selon la classification de l'OMS. Les douleurs abdominales, les rectorragies et un syndrome occlusif sont les symptômes les plus fréquemment rapportés dans les séries africaines et dans la littérature. Ceci témoigne du retard de diagnostic chez nos malades à un stade auquel la maladie est symptomatique (6-8).

Tous les malades avaient bénéficié d'un bilan d'extension par une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne et une coloscopie. Dans notre série, la localisation colique gauche était la plus fréquente. Le siège colique gauche et de la jonction recto-sigmoïdienne sont fréquemment rapportés dans la littérature du fait d'une jonction étroite entre le rectum et le colon sigmoïde associée à une faible extension. Selon la classification TNM, 45 % des malades étaient de stade 4 et 33 % de stade 3 dans notre série. Ces résultats sont plus importants par rapport à d'autres séries africaines, ce qui confirme le retard diagnostic du cancer colo rectal en Afrique. L'adénocarcinome Lieberkuhnien est le type histologique le plus fréquent conformément aux données de la littérature ; il était retrouvé à l'histologie chez tous les malades. La forme bien différenciée est également la plus

fréquente. Les formes histologiques agressives sont les formes mucineuses et indifférenciées. (6-8,11-13). Il existe des facteurs prédictifs de récurrence des cancers colorectaux tels que l'instabilité micro satellitaire, les embolies vasculaires, les engainements péri-neurux. Dans notre série, 2 malades de stade 3 ont présenté des embolies vasculaires à l'examen anatomopathologique et ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante (14). Le profil moléculaire n'a pas été réalisé chez nos malades du fait de sa non-disponibilité au Sénégal et de son coût onéreux pour les patients, car elle nécessite l'acheminement des prélèvements à l'étranger. La majorité des malades avaient une tumeur classée stade 3 et 4 ; ce qui confirme le mauvais pronostic des patients dans notre série. Le diagnostic du cancer colo rectal au stade d'occlusion est rapporté dans d'autres séries au Sénégal. Elle est une circonstance de découverte fréquente de la maladie et objective un retard de diagnostic et un mauvais pronostic des malades. (6,12,15-16)

Une chirurgie a été réalisée dans 83 cas dans notre série, elle était curative dans 92 % des cas et palliative dans 8 % des cas. Des résultats similaires ont été rapportés au Sénégal, avec cependant un taux de résection moindre et une mortalité opératoire plus importante en cas de chirurgie palliative. La mortalité post-opératoire est due au terrain des malades, à leur âge, à la qualité de la réanimation postopératoire, au type de chirurgie réalisée et à ses complications (6,15).

Les patients avaient un état général conservé au diagnostic, même en situation métastatique, ce qui a permis de réaliser une chimiothérapie palliative (Figure 2). Une chimiothérapie adjuvante a été réalisée dans 34 % des cas, et palliative de première ligne dans 60 % des cas. L'avènement de nouvelles thérapies ciblées sur le récepteur EGF (epidermal growth factor) et l'anticorps monoclonal anti-VEGF (vascular endothelium growth factor), ainsi que les protocoles de chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'irinotécan dans les années 2000 a modifié le pronostic des patients atteints de cancer colo-rectal de stade 3 et 4 avec des associations démontrant un bénéfice en survie sans progression avec un impact considérable sur la qualité de vie des malades (17-19). L'autorisation de mise sur le marché de ces molécules au Sénégal était tardive, plus d'une décennie après les pays occidentaux. Les drogues cytotoxiques n'étaient pas subventionnées par l'État sénégalais et leur coût était hors de portée de la majorité des patients avant l'avènement des bio similaires. Dans notre série, les protocoles utilisés étaient LV5FU2, Folfox, Folfiri, Capécitabine, Capox.

L'évolution était marquée par une progression dans 38 cas, une réponse partielle dans 23 cas et une stabilité des lésions dans 10 cas (Figure 3). La réponse à la chimiothérapie et l'état général des malades sont des facteurs pronostics importants avec un impact significatif sur la survie globale. Quarante-quatre malades sont décédés, soit 36 %, et 26 malades perdus de vue, soit 21 %. Une série au Sénégal trouvait 15 % de malades perdus de vue et un taux de 5 % de survie à cinq ans chez des malades atteints de

cancers colo rectaux en occlusion. Dans la littérature en Afrique, on note des taux de survie très faibles à 5 ans, entre 5 et 9 % pour des tumeurs de stade 4.

Dans notre série les malades sont de mauvais pronostic à cause du retard diagnostic rapportés dans de nombreuses séries en Afrique ; on note en effet un diagnostic plus important des cancers colorectaux à un stade 3,4 ou à un stade localement avancé avec un risque plus important de récurrence ou de progression après une chimiothérapie adjuvante ou palliative. Les ressources financières limitées des malades les exposent à recourir aux pharmacopées traditionnelles et à la médecine traditionnelle à moindre coût. Le retard de prise en charge des malades peut être dû aux délais souvent longs de disponibilité des résultats de l'examen anatomopathologique (6, 8,18-20).

Dans notre étude, 52 patients, soit 42 %, sont en vie sous surveillance. Ces résultats peuvent être améliorés par une prise en charge précoce des malades ; ceci nécessite une prévention efficace par des campagnes de sensibilisation des populations sur les facteurs de risque des cancers colorectaux et la surveillance des malades ayant une prédisposition familiale.

5. CONCLUSION

Les cancers colorectaux ont une incidence croissante. Ils sont de mauvais pronostic à cause d'un diagnostic tardif dans notre étude. Le coût des traitements est onéreux pour les patients, ce qui explique en partie le nombre important de malades perdus de vue. La chimiothérapie adjuvante et palliative permet d'améliorer la qualité de vie et la survie. La lutte contre ce cancer repose sur le diagnostic précoce qui passe par une prévention efficace par des mesures hygiéno-diététiques avec une alimentation riche en fibre et une activité physique régulière qui sont des facteurs protecteurs.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

REFERENCES

1. Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Colombet M, et al. Globocan 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. *Int J Cancer* 2024 Dec 1;156 (7):1336-1346. doi: 10.1002/ijc.35278.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.218342.
3. Jakhadze N, Das A, Dizon DS. Global Cancer statistics: A healthy population relies on population health. *CA Cancer J Clin* 2024; 74:224-226. doi.org/10.3322/caac.21838.
4. Marley AR, Nan H. Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet* 2016; 7(3): 105–14

5. Boyle P, Langman JS. ABC of colorectal cancer : Epidemiology BMJ 2000 Sep 30 ;321(7264) : 805-8.doi : 10.1136/bmj.321.7264.805
6. Konaté I, Sridi A, Ba PA, Cissé M et al. Étude descriptive des cancers colorectaux à la clinique chirurgicale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar J. Afr. Cancer 2012. 4 :233-237 doi 10.1007/s12558-012-0232-y.
7. Darré T, Amégbor K, Napo-Koura G, Bagny A,et al. Profil histo-épidémiologique des cancers colorectaux au Togo. J Afr Hepato Gastroenterol. 2014 Dec ; 8(4) :226-9. doi 10.1007/s12157-014-0568-2.
8. Bolenga LAF, Litingui MTM, Zerbo NAI, Ndingossoka RJ, et al. Aspects Épidémiologiques, Diagnostiques et Thérapeutiques des Cancers Colorectaux au CHU de Brazzaville Health Sci.Dis: 2022 Apr 23 (4) 52-56.
9. Imad FE, Drissi H, Tawfiq N, Bendahhou K, et al. Aspects épidémiologiques, nutritionnels et anatomopathologiques des cancers colorectaux dans la région du grand Casablanca. Pan African Medical Journal. 2019; 32:56. doi:10.11604/pamj.2019.32.56.10548.
10. Bafunyembaka MA, Kitumaini MJ, Ciruza BJ, Lobe LM, et al. Evaluation of Colorectal Cancer Management in Eastern DR Congo. About 55 Cases Journal of Cancer Therapy, 2024, 15, 179-189 doi:10.4236/jct.2024.154016.
11. Diallo-Owono FK, Nguema MR, Ibada J, Mihindou Cet al Caractéristiques épidémiologiques et diagnostiques du cancer colorectal à Libreville, Gabon. Médecine Tropicale, 2011,71, 605-607.
12. Ndiaye A, Diallo F, Samba A, Sanni S, et al. Descriptive analytical study of 41 colorectal cancer cases operated in Senegal International Research Journal of Biochemistry and Bioinformatics 2016, Dec, vol. 6 (1) pp. 007-010 doi:10.14303/irjbb.2016.112
13. Sarr A, Isselmou AH, Horma Babana EAM, Diédhiou D Et al. Colorectal Cancers in Mauritania: Clinical Aspects and Treatment Open Journal of Internal Medicine, 2016, 6, 139-146 doi: 10.4236/ojim.2016.64019
14. Belhamidi MS, Sinaa M, Kaoukabi A, Krimou H et al. Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer colorectal : à propos de 36 cas Pan African Medical Journal. 2018 ; 30 :159 doi :10.11604/pamj.2018.30.159.15061
15. Diémé EGPA, Tine MMC, Sall I, Ndiaye R et al. Prise en charge des cancers colorectaux en occlusion à l'hôpital Principal de Dakar : à propos de 37 cas mali médical ;2019 Tome XXXIV N°1
16. Ba PA, Wade TMM, Diop B, Faye M,et al. Traitement en urgence des cancers du côlon en occlusion à l'Hôpital régional de Thiès, Sénégal J Afr Chir Digest ,2017, vol17 (2) :2223-227
17. De Gramont A, Figer A, Seymour M, Homerin M, et al. Leucovorin and fluouracil with or without oxaliplatin as first line treatment in advanced colorectal cancer. J Clin Oncol 2000; 18: 2938-47
18. Igand C, Andre T, Achille A, Lledo G, et al. Folfiri followed by folfox 6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer. A randomized Gercor study. J Clin Oncol 2004; 22: 229-37.
19. Gharbi O, Limam CS, Hochlef M, Ben Fatma L,et al . Facteurs pronostiques et survie des cancers colorectaux métastatiques au CHU de Sousse (Tunisie) : Étude comparative de deux périodes de traitement de 200 patients Bull Cancer, 2010, Avr 97, N° 4 doi: 10.1684/bdc.2010.1083
20. Khanfir A, Zidi Z, Beyrouti, M. et al. Les cancers colorectaux métastatiques dans le sud tunisien: étude clinique et résultats thérapeutiques. Journal Afr Cancer 2009,1, 80–84. doi :10.1007/s12558-009-0014-3