



Bilan préliminaire des activités de l'unité de prise en charge de cancer gynécologiques et digestifs du centre hospitalier régional de Fatick

Preliminary report on the activities of the gynaecological and digestive cancer care unit at the Fatick regional hospital center

Touré Al^{1*}, Mihimit A^{1,2}, Abbo MD², Bah M⁴, Ka S³, Traore B⁴, Lhagadang F⁵

¹ Centre Hospitalier Régional de Fatick, Senegal

² Université Adam Barka d'Abeche, Tchad

³ Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Senegal

⁴ Université Gamal Abdelnasser, Conakry, Guinée

⁵ Université de N'djaména, Tchad

* **Correspondances** : tourealhassane@yahoo.fr ; mihimit2122@yahoo.fr Tel +221 766449500

MOTS CLÉS : bilan préliminaire, cancer gynécologique et mammaire, cancer digestif, Fatick, Sénégal

KEY WORDS: preliminary assessment, gynecological and breast cancer, digestive cancer, Fatick, Senegal

RESUME :

Introduction : Les cancers gynécologiques et digestifs représentent un fléau pour les populations des pays à faible et moyen revenu, dans lesquels la majeure partie de la population vit en milieu rural. Ce contexte a pour conséquence la faible accessibilité au dépistage qui entraîne souvent un diagnostic tardif avec une prise en charge complexe d'où la nécessité de la décentralisation de soins.

Méthodologie. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étalant sur 2 ans (2020-2021).. La population d'étude est composée des patients ou hospitalisés dans l'unité de prise en charge des cancers gynécologiques et digestifs du Centre hospitalier régional de Fatick. dont le diagnostic de cancer est confirmé par une histologie

Résultats : Durant l'étude, 98 patients ont été hospitalisés pour cancer et répartis comme suit : 53 cas de cancer gynécologique, soit 54 % des patients et 45 cas de cancer digestif, soit 46 %. Parmi les cancers gynécologiques, le cancer du col occupe la première place avec 53 % des cancers gynécologiques suivi du cancer du sein avec 38 %.

Le cancer digestif le plus rencontré est cancer du foie avec 17 cas, soit 38 % des cancers digestifs, suivi respectivement du cancer colorectal et du cancer de l'œsophage avec 13 % et 6 %. La plupart des patients ont bénéficié de la chimiothérapie. Le taux de létalité est de 32 %.

Conclusion : Le cancer gynécologique et digestif sont fréquents en milieu rural, la mortalité reste élevée à cause du diagnostic tardif et des moyens limités de l'unité, une stratégie de dépistage pourrait améliorer la prise de ces patients.

SUMMARY

Introduction Gynaecological and digestive cancers represent a scourge for populations in low- and middle-income countries, where most of the population lives in rural areas. This context results in poor access to screening, which often leads to late diagnosis and complex management, hence the need for decentralized care.

Methodology. This is a retrospective descriptive study spread over 2 years (2020-2021). The study population consisted of patients hospitalized in the gynecological and digestive cancer unit of the Fatick Regional Hospital, whose cancer diagnosis was confirmed by histology.

Results: During the study, 98 patients were hospitalized for cancer, distributed as follows: 53 cases of gynecological cancer, i.e. 54% of patients, and 45 cases of digestive cancer, i.e. 46%. Among gynecological cancers, cervical cancer ranked first with 53%, followed by breast cancer with 38%.

The most common digestive cancer was liver cancer with 17 cases, or 38% of all digestive cancers, followed by colorectal and esophageal cancer with 13% and 6% respectively. Most patients benefited from chemotherapy. The case-fatality rate was 32%.

Conclusion: Gynaecological and digestive cancers are common in rural areas, but mortality remains high due to late diagnosis and the unit's limited resources. A screening strategy could improve care for these patients.

INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques et digestifs constituent les cancers les plus fréquents [1, 2], et représentent un fléau pour les populations des pays à faible et moyen revenu, où la majeure partie de la population vit en milieu rural ou subit la pauvreté [3, 4].

« L'insuffisance des systèmes de santé et de la formation des professionnels de santé, la faiblesse de l'éducation à la santé, les préjugés sociaux ou culturels aggravent la situation [5].

Ce contexte a pour conséquence la faible accessibilité au dépistage qui entraîne souvent un diagnostic tardif. [6] Les évacuations de ces malades démunies vers la capitale pour une prise en charge entraînent un coût supplémentaire énorme déstabilisant la vie socio-économique qui est déjà fragile, d'où la nécessité d'une décentralisation de la prise en charge. C'est ainsi qu'est créée l'unité de prise en charge de cancer gynécologique et digestif de Fatick où l'objectif de ce travail est de présenter le bilan préliminaire d'activité.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une année du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021.

L'unité de prise en charge de cancer gynécologique et digestif du centre hospitalier régional de Fatick a servi de cadre pour cette étude. Il s'agit d'une unité située au sein du service de chirurgie générale et qui est sous la responsabilité d'un oncologue (Responsable d'unité et Chef de service de chirurgie générale).

Recrutement des patients : les patients viennent de consultations de chirurgie générale, de la maternité, de SAU (service d'accueil des urgences) et d'autres services. Une fois la confirmation histologique faite (en collaboration avec l'Université de Thiès), un bilan d'extension (scanner, radiographie et échographie et parfois, coelioscopie exploratrice) est fait et le cancer est stadifié. Le patient est informé et puis après discussion avec lui et souvent entouré de ses proches sur les différentes modalités de la prise en charge.

Un dossier est créé pour consigner la prise en charge et le suivi.

RESULTATS

Durant l'étude, 98 patients ont été pris en charge par l'unité Cancer et répartis comme suit :

53 cas de cancer gynécologique et mammaire soit 54 %, et 45 cas de cancer digestif soit 46 %.

Parmi les cancers gynécologiques, on note une prédominance du cancer du col avec 28 cas soit 53 % de cancer gynécologique et 20 cas de cancer du sein soit 38 % de cancer gynécologique.

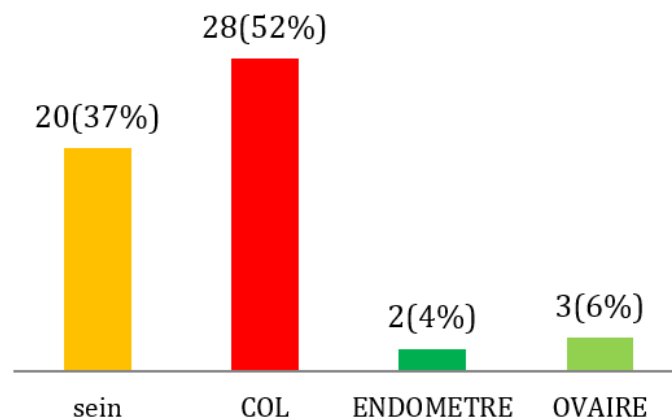


Figure 1: Répartition des cancers gynécologiques

Le cancer digestif le plus rencontré est le cancer du foie avec 17 cas, soit 38 % des cancers digestifs, suivi respectivement du cancer colorectal avec 13 % et du cancer de l'œsophage avec 6 % (figure 2).

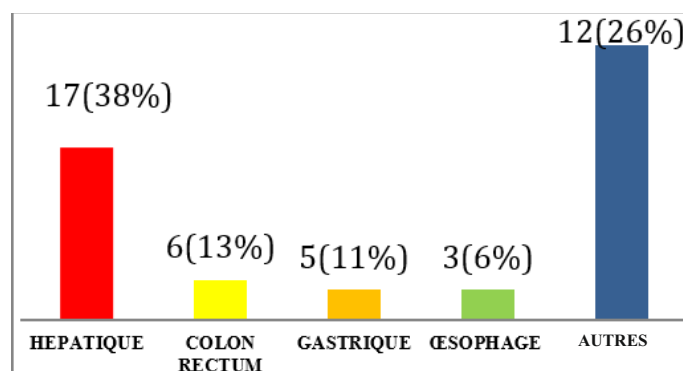


Figure 2: Répartition des cancers digestifs

Pour la prise en charge : la chimiothérapie a été le traitement le plus utilisé dans les cancers gynécologiques avec 50,9 % et 62,2 % dans les cancers digestifs, concernant la chirurgie, elle a été pratiquée chez 32,1 % pour les cancers gynécologiques et 31,1 % pour les cancers digestifs. (Tableau I)

Tableau I : répartition de patients selon le mode de prise en charge.

	Cancers gynécologiques		Cancers digestifs	
	N	%	N	%
Chirurgie	17	32,1%	14	31,1%
Chimiothérapie	27	50,9%	28	62,2%
Radiothérapie	2	3,8%	5	11,11%
Hormonothérapie	0	0,0%	0	0,0%
Palliatif/aucun	14	26,4%	31	37,8%

Évolution : après une année d'activité on note 31 cas de décès soit 32% de létalité et 42 patients sont en cours de suivis.

Tableau II : Pronostic

	N	%
Vivants	42	43%
Décédés	31	32%
Perdus de vue	25	26%
Total	98	100%

DISCUSSION

En milieu rural Sénégalais comme dans les autres pays subsahariens, le cancer représente une crise latente de santé publique [3]. L'unité de prise en charge de cancers gynécologiques et digestifs tente d'apporter une solution à la population rurale confrontée aux évacuations sanitaires coûteuses. Durant les deux ans de service 98 patients ont été pris en charge dont les cancers gynécologiques et mammaire étaient la plus majoritaire avec 54%. Notre résultat est similaire au résultat obtenu par Diop SP et al [7] dans un hôpital à Dakar au Sénégal où les cancers gynécologiques et mammaires représentent 56,4% de l'ensemble de cancers féminins. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le cancer de la prostate cancer le plus fréquent chez l'homme [8] est pris en charge dans le service d'urologie, d'une part et la proportion légèrement élevée de la femme en milieu rural d'autre part [9].

Parmi les cancers gynécologiques et mammaires, le cancer du col occupe la première place avec plus de la moitié des cas soit 52%. Notre résultat est similaire à la plupart des études subsahariennes, notamment Sando Z et al [6] au Cameroun où le cancer du col occupait la première place avec 49,5%, Dem A et al [10] au Sénégal qui a obtenu 47.3% de cancer féminin. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'insuffisance dans le dépistage des lésions précancéreuses. En effet, l'histoire naturelle du cancer du col est longue et liée à l'infection par le HPV(human papilloma virus)[11] qui passe par des lésions dysplasiques qui pourraient être dépistées[12] et traitées afin de prévenir le cancer.

La deuxième place parmi les cancers gynécologiques et mammaires est occupée par le cancer du sein avec 37%, ce résultat se rapproche de l'étude de Dem A et al[10] au Sénégal où le cancer du sein occupait la deuxième place avec 42 %, mais diffère de l'étude de Diop SP et al[7] où le cancer du sein occupait la première place avec 59,76%.

Le cancer de l'ovaire et de l'endomètre occupait la troisième et quatrième place avec une fréquence respectivement de 6 et 4 %. Résultat similaire obtenu

par Dem A et al[10] qui a obtenu 6.9 % pour le cancer de l'ovaire et 2 % pour le cancer du corps utérin.

Le cancer du foie est le cancer le plus fréquent parmi les cancers digestifs avec 38%, résultat similaire obtenu par Bagni A et al [13] au Togo où le cancer du foie occupait la première place avec 62% et de Kadende P et al[14] au Burundi où le cancer du foie occupait la deuxième place avec 38% des cancers digestifs. Cette forte fréquence de cancer du foie dans notre série s'expliquerait par la prévalence de l'hépatite B qui est élevée d'une part et l'effet de l'aflatoxine champignon présent dans l'arachide impliqué dans la cancérogenèse du cancer du foie d'autre part [15]. En effet, selon l'étude de Diop, M et al[16], 85% de la population adulte sénégalaise ont été en contact avec le virus de l'hépatite B et environ 11% sont porteurs chroniques de l'antigène de surface de ce virus (AgHBs). La région de Fatik est connue comme région du bassin arachidier confrontée à l'intoxication de l'aflatoxine présent dans l'arachide [15, 17]

Le cancer colorectal occupe la deuxième de cancer digestif avec 13 %, suivi du cancer de l'estomac avec 11 %. Kadende P et al [14] au Burundi retrouve le cancer de l'estomac en première position avec 38.5 %, ce résultat pourrait s'expliquer par la fréquence du cancer de l'estomac en Afrique de l'est et au centre qui est relativement élevée.

Pour la prise en charge, la chirurgie était pratiquée 32,1 % des cancers gynécologiques et mammaires ; il s'agit principalement de CHL (colpohystérectomie associée à lymphadénectomie) dans le cancer du col utérin, ovaires, et endomètre jugé opérable après un staff pluridisciplinaire. MCA (mastectomie associée à des curages axillaires) pour le cancer du sein.

La chirurgie pour les cancers digestifs était dans la plupart des cas des chirurgies palliatives faites par gastrostomie d'alimentation dans les cancers de l'œsophage et de l'estomac, et colostomie dans les cancers colorectaux.

La chimiothérapie est le traitement le plus utilisé compte tenu du diagnostic tardif des patients arrivant au stade avancé.

Les soins palliatifs consistent en l'administration des antalgiques et des soins chez les patients arrivant au stade terminal avec mauvais état général.

Évolution des patients : durant les deux années d'activités, on note 32 % de décès. Ce taux de létalité élevé est lié au stade tardif des patients au moment du diagnostic.

CONCLUSION :

Les cancers gynécologiques et digestifs sont fréquents dans les zones rurales, la mortalité reste élevée en raison d'un diagnostic tardif et des ressources limitées des unités, et les stratégies de dépistage peuvent améliorer la prise en charge de ces patientes.

REFERENCES

1. **Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Aguida B, et al.** Épidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) et à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, Bénin. *Bulletin du Cancer* 2013; 100: 141–146.
2. **Salamatou MG, Hinde H, Abdelmadjid S, et al.** Les cancers digestifs au Niger. Fréquence relative sur une étude rétrospective de 1992 à 2009. *European Scientific Journal March 2014 edition vol10, No9*.
3. **Sambo LG, Dangou JM, Adebamowo C, et al.** Cancer in Africa: a preventable public health crisis. *J Afr Cancer* 2012; 4: 127–136.
4. RMS_idPAS_D_ISBN_pu2009-06s_sa10_art10.pdf, https://www.revmed.ch/view/557560/4456919/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2009-06s_sa10_art10.pdf (accessed 17 December 2023).
5. **Toure M, Nguessan E, Bambara AT, et al.** Facteurs liés au diagnostic tardif des cancers du sein en Afrique-sub-saharienne : cas de la Côte d'Ivoire. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2013; 41: 696–700.
6. **Sando Z, Fouogue JT, Fouelifack FY, et al.** Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé - Cameroun. *Pan African Medical Journal*; 17. Epub ahead of print 2014. DOI: 10.11604/pamj.2014.17.28.3447.
7. **Diop PS, Ka I, Ndiaye N, et al.** Cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital général de Grand-Yoff de Dakar?: analyse et implications des aspects épidémiologiques à propos de 169 cas. *J Afr Cancer* 2012; 4: 176–179.
8. **Sharma R, Aashima, Nanda M, et al.** Mapping Cancer in Africa: A Comprehensive and Comparable Characterization of 34 Cancer Types Using Estimates From GLOBOCAN 2020. *Frontiers in Public Health*; 10, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh>.

2022.839835 (2022, accessed 17 December 2023).

9. **Petithan A.** Situation des femmes rurales au Sénégal. *Malem-Auder asbl*, <https://www.malem-auder.org/2022/03/20/situation-des-femmes-rurales-au-senegal/> (2022, accessed 17 December 2023).
10. **Dem A, Traoré B, Dieng MM, et al.** Gynaecological and breast cancers at the Dakar Cancer Institute. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé* 2008; 18: 25–29.
11. **Orth G.** Les papillomavirus humains et leur rôle dans l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. Perspectives dans le domaine de la prévention de ce cancer. In: Blanc B (ed) *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Paris: Springer, pp. 15–33.
12. **Baraquin A, Pépin L, Floerchinger P, et al.** Nouvelles recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. *Annales Pharmaceutiques Françaises* 2023; 81: 202–209.
13. **Bagny A, Bouglouga O, Darre T, et al.** Profil épidémiologique et diagnostique des cancers digestifs au CHU Campus de Lomé?: à propos de 250 cas. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2015; 2: 80–84.
14. **Kadende P, Engels D, Ndoricimpa J, et al.** Les cancers digestifs au Burundi. *Médecine d'Afrique Noire* 1990; 37: 552–61.
15. **Goodall CM, Butler WH.** Aflatoxin carcinogenesis: Inhibition of liver cancer induction in hypophysectomized rats. *Int J Cancer* 1969; 4: 422–429.
16. **Diop M, Diouf A, Seck SM, et al.** Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B et facteurs associés chez des militaires sénégalais envoyés en mission au Darfour. *Pan Afr Med J* 2017; 26: 154.
17. **Manga M, Ndiaye MAF, Dangué A, et al.** Diagnostic des pratiques culturelles favorables à la production d'aflatoxine et gestion post récolte de l'arachide (*Arachis hypogaea* L.) au Sénégal. *J Anim Plant Sci*; Vol.56(2): 10306-10319.