

Caractéristiques épidémiolo-cliniques des cancers des voies aéro-digestives supérieures au Service Oncologie du CHUA/JRA de 2008 à 2012

Epidemiology and clinical features of malignant tumors of the upper aerodigestive tract in Oncology Unit of CHUA/JRA from 2008 to 2012

N.E. Randriamanovontsoa (1)*, N.R.E. Hasiniatsy (2), M. Razakanaivo (1),
F. Rafaramino (1)

(1) Oncologie Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

(2) Oncologie Centre Hospitalier Soavinandriana

Résumé

Introduction. De nos jours, les cancers des voies aéro-digestives (VADS) restent un problème de santé publique mondiale. A Madagascar, sans le registre des cancers, les données concernant ces tumeurs sont mal connues. Ce travail a pour objectif de décrire le profil épidémiologique des cancers des VADS dans le service d'oncologie de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUAJRA).

Patients et méthodes. C'est une étude rétrospective descriptive réalisée du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2012. Les dossiers de patients atteints de cancer des VADS ayant une preuve histologique ont été inclus.

Résultats. Parmi les 161 cas colligés, l'âge moyen se situait à 53,36 ans et le sex-ratio à 1,48. Le délai de consultation était supérieur ou égal à 12 mois dans 38,45%. L'alcoolisme et le tabagisme représentaient 63% dont 41% à chiquer. Le cancer de la cavité buccale tenait le premier rang (42%), suivi de celui de l'oropharynx (17%). Histologiquement, le carcinome épidermoïde prédominait à 81,60%. Près de 64% des patients étaient diagnostiqués aux stades III et IV.

Conclusion. Cette étude diffère de la littérature par la prédominance de la localisation endobuccale. Elle ne reflète pas la réalité de la population malgache ainsi la réalisation d'un registre national de cancers permettrait de mieux décrire les cancers de VADS à Madagascar.

Mots-clés : cancer, épidémiologie, ORL, tabac, Madagascar

Abstract

Introduction. Currently, cancers of the upper aerodigestive tract remain a global public health problem. In Madagascar, the cancer registry data is not available making a lack of knowledge on these tumors. This work aimed to describe the epidemiology and clinical profiles of malignant tumors of the upper aerodigestive tract in oncology unit of University hospital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUAJRA).

Patients and methods. This is a retrospective descriptive study from 1st January 2008 to 31st December 2012 of patients who had head and neck cancer with histological proof.

Results. For the 161 cases we collected, mean of age was 53.36 years and the sex ratio at 1.48. Time to consultation was greater than or equal to 12 months in 38.45%. Smoking and alcohol use accounted for 63%. Cancer of the oral cavity held the first rank (42%), followed by the oropharynx (17%). Histologically, squamous cell carcinoma predominated 81.60%. Nearly 64% of patients were diagnosed at stages III and IV.

Conclusion. This study differs from the literature by the predominance of the tumor endobuccal. It doesn't reflect the reality of the Malagasy people, so the realization of a national cancer registry would characterize cancers of the upper aerodigestive tract in Madagascar.

Key words: cancer, head and neck, epidemiology, tobacco, Madagascar

Introduction

De nos jours, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) restent encore un problème de santé publique mondiale. Chaque année, environ 650 000 nouveaux cas sont diagnostiqués à travers le monde et près de 350 000 personnes en meurent [1]. En Afrique subsaharienne, en absence de registres nationaux, il n'y a que des cas colligés dans les services qui sont disponibles [2]. Faute de registre natio-

nal de cancer à Madagascar, la prévalence de ces tumeurs est mal connue. Nous avons fait une étude dans le centre de référence. Notre objectif est de décrire le profil épidémiologique et profil clinique de ces cancers.

Matériels et méthodes

C'est une étude rétrospective descriptive réalisée du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2012, dans le service d'Oncologie Radiothérapie de

l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona à Antananarivo. A partir des dossiers cliniques des malades, nous avons inclus ceux ayant une preuve histologique de leur maladie et exclu tous les dossiers incomplets rendant difficiles le recueil des données. Les paramètres suivants ont été étudiés : le genre, l'âge, l'origine géographique, la consommation de tabac et d'alcool, le délai et le motif de consultation, la localisation tumorale, le type histologique et le stade tumoral. Les logiciels Word et Excel 2010 étaient utilisés pour synthétiser les données.

Résultats

Pour les cinq années concernées par notre travail, nous avons retenu 161 cas sur 7 025 dossiers de patients soit 2,29% de tous les cancers. Soixante pourcent des malades étaient de genre masculin donnant un sex-ratio de 1,48. L'âge moyen était de 54 ans avec des extrêmes de 5 et 85 ans. Les patients habitaient à Antananarivo ville (37,87%), Antananarivo banlieue (31,36%), autres provinces (26,63%) et à l'étranger (4,14%). Les habitudes toxiques retrouvés étaient la consommation de tabac à fumer (16%), alcool seul (6%), tabac à chiquer (3%), aucun (34%) et non précisé (41%). Le délai de consultation variait de 1 à 36 mois avec un délai moyen de 7,73 mois. La tuméfaction endobuccale et la douleur constituaient les motifs de consultation les plus fréquents, respectivement : 32% et 17% (figure 1).

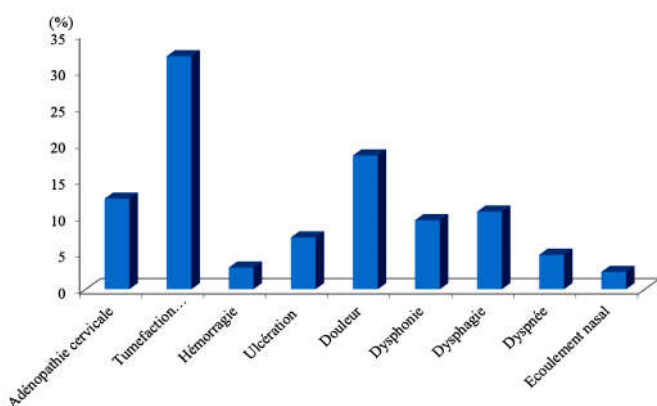


Figure 1. Répartition selon le motif de consultation (n=169).

La localisation endobuccale était la plus représentée, viennent ensuite celle de l'oropharynx et du larynx (figure 2). Le carcinome épidermoïde occupait 82,06% des types histologiques suivi d'adé-

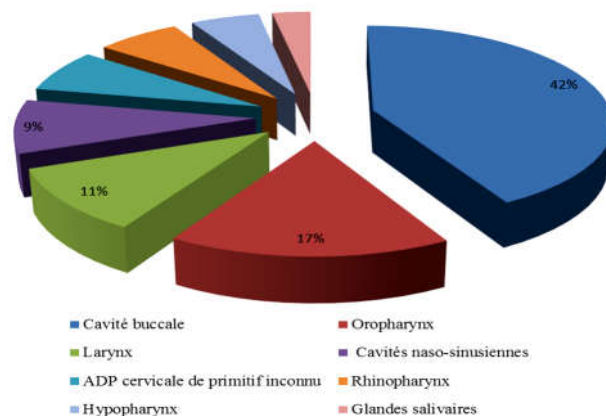


Figure 2. Répartition selon la localisation des tumeurs (n=169).

nocarcinome (10%), du lymphome non hodgkinnien (6%), du sarcome et du mélanome. Le diagnostic était fait dans 5,60% au stade IV ; 58,38% au stade III ; 23,60% au stade II ; 12,42% au stade I.

Discussion

La fréquence des cancers de VADS dans le centre d'étude corrobore aux résultats trouvés dans les littératures. Dans le monde entier, ils occupent 2 à 4% de tous les cancers [1, 3]. Notre résultat serait peu concluant parce que l'étude était monocentrique. La majorité des patients habitaient à Antananarivo centre ville et ses alentours. Notre centre d'étude était à l'époque le seul service d'oncologie à Madagascar. Au Centre Hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo, Rakotoarivony *et al.* ont répertorié 28 cas pendant 11 ans [4]. En Afrique noire, des études monocentriques rapportent des résultats comparables aux nôtres avec 217 cas en 10 ans au Burkina Faso [2], 170 cas en 7 ans au Bénin [5] et 204 cas en 7 ans en Côte d'Ivoire [6].

La tranche d'âge la plus touchée est identique à celle trouvée par Rakotoarivony *et al.* [4]. La fréquence augmente avec l'âge pour atteindre son pic entre 50 et 60 ans. Elle diminue très progressivement jusqu'à 85 ans. Cet aspect de courbe se superpose à celle de la population occidentale. En France et en Europe, le taux d'incidence maximal se situe entre 50 et 60 ans mais il reste élevé jusqu'à 85 ans [7]. Ouoba *et al.* ont trouvé un âge moyen de 41 ans [2] car le lymphome de la sphère ORL, qui touchait surtout les enfants et les adolescents, était la deuxième tumeur dans leur étude [2].

La prédominance masculine est retrouvée dans plusieurs publications à cause de la forte consommation de tabac et d'alcool dans ce genre [2, 7]. En France, les cancers de VADS étaient au quatrième rang chez les hommes et dixième chez les femmes [7]. Au Burkina Faso les hommes sont 2 à 3 fois plus concernés que les femmes [2]. Sur ce point, nos constatations, avec un sex-ratio de 1,48 rejoignent faiblement celles de la littérature. Ce faible sex-ratio peut être expliqué par la forte consommation de tabac à chiquer aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Dans la population étudiée, nous retenons la prédominance de la localisation buccale, constatée également par Rakotoarivony *et al.* [4]. Par contre, d'autres auteurs rapportent la prédominance de la localisation oropharyngée [8, 9].

L'infection chronique par l'*Human Papilloma Virus* est actuellement connue comme cause de cette prédilection oropharyngée [10] et la prédominance de la localisation buccale serait expliquée par la consommation importante de tabac à chiquer.

Le délai de consultation était très long (7,73 mois en moyenne). Ce délai est défini comme la durée entre l'apparition du premier symptôme et la première consultation chez un professionnel de la santé [11]. Dans les pays du nord comme La Nouvelle Zélande, Canada, Danemark, le délai est plus court de 46 jours à 4 mois [12-14]. Un délai de consultation long retarde le diagnostic, ainsi l'évolution tumorale est non maîtrisée [15] et les stades avancés étaient constatés chez la plupart de nos patients. En Afrique noire et même en Europe, les patients ne consultent que lorsque le néoplasme les handicape [2], comme c'était le cas des 70% de nos patients, venant en consultation pour une grosse tumeur et/ou un signe fonctionnel non supportable (douleur, dyspnée) [16, 17]. Des facteurs potentiels, liés au patient et au système de la santé, retardent le diagnostic du cancer des voies aéro-digestives supérieures [13]. Dans notre étude, il peut s'agir de l'inaccessibilité financière et géographique des services et de soins spécialisés.

Le carcinome épidermoïde représentait le type histologique le plus fréquemment retrouvé (81,06%) ; même constat pour Ouoba *et al* au

Burkina Faso (78,3% avec un carcinome épidermoïde) [2], et pour Hashibe *et al.* aux Etats-Unis à 86,7% [19] ; en Allemagne, plus de 90% de tumeurs des voies aéro-digestives supérieures étaient du même type [1].

Conclusion

Les cancers des VADS rapportés dans cette étude diffèrent de la littérature par la prédominance de la localisation endobuccale. Avec un meilleur échantillonnage, et surtout grâce à la réalisation d'un registre national des cancers, nous pourrions mieux cerner les caractéristiques des VADS à Madagascar.

Références

1. Maliha S, Stefan O, Schoenberg, *et al.* Current oncologic concepts and emerging techniques for imaging of head and neck squamous cell. *Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2012; 11: 1-24.
2. Ouoba K, Dao M, Sano D, *et al.* Les cancers ORL et cervico-faciaux au Burkina Faso épidémiologie, problèmes de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas. *Méd Afr Noire* 1997; 44: 452-6.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, *et al.* Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 71-96.
4. Rakotoarivony AE, Rakotoarison RA, Razanakoto RA, *et al.* Tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx : étude sur 11 ans au Centre Hospitalier Soavinandriana Antananarivo. *Rev. méd. Madag.* 2014;4: 432-37.
5. Medji AL, Hounkpe YYC, Vingnikin-Yemuessi B, *et al.* Les cancers ORL et cervico-faciaux au CHNU de Cotonou (Bénin). Résultats d'une étude de 1978 à 1985. *Méd Afr Noire* 1989; 6: 53-157.
6. Bamba M, Kouassi B, Aette, *et al.* Contribution à l'étude des cancers ORL à Abidjan : à propos de 204 cas. *Rev Laryngol* 1986; 107: 385-99.
7. Auperin A, Melkane A, Luce D, *et al.* Épidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Lettre Cancérologie* 2011; 20: 102-6.
8. Fakhry N, Barberet M, Lussato D, *et al.* Intérêt de la TEP-TDM au [18F]-FDG dans la prise en charge des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Bull Cancer* 2006; 93: 1017-25.
9. Delouya G, Clavel S, El-Bared N, *et al.* Induction Chemotherapy Followed by Concomitant Chemoradiation in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: A Single Institution Experience. *Otolaryngol* 2012; 2: 1-7.
10. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, *et al.* Case-control study of human papilloma virus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2007; 356: 1944-56.
11. Allison P, Franco E, Feine J. Predictors of professional diagnostic delays for upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncol* 1998; 34: 127-32.
12. Jovanovic A, Kostense P, Schulten E, *et al.* Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma; a report from the Netherlands. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1992; 28: 37-8.
13. Elwood JM, Gallagher RP. Factors influencing early diagnosis of cancer of the oral cavity. *CMAJ* 1985; 133: 651-6.
14. Wildt J, Bundgaard T, Bentzen SM. Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1995; 20: 21-5.
15. Morelato RA, Herrera MC, Fernandez EN, *et al.* Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma in two diagnosis centers in Cordoba Argentina. *J Oral Pathol Med* 2007;36: 405-8.
16. Holmes JD, Dierks EJ, Homer LD, *et al.* Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 285-91.
17. Brandizzi D, Chuchurru J, Lanfranchi H, *et al.* Analysis of the epidemiological features of oral cancer in the city of Buenos Aires. *Acta Odontol Latinoam* 2005; 18: 31-5.
18. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. *Oral Oncol* 2001; 17: 127-31.
19. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, *et al.* Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18: 541-50.