

Treizièmes Journées de Cancérologie à Madagascar

Antananarivo, 13 - 14 Mai 2013

Sainte Marie, 16 - 17 Mai 2013

R 01. Les cancers vus au Service Oncologie CHU/JRA de 2009 à 2010

Ranaivomanana AHM, Hasiniatsy NRE,
Randriamalala NCR, Rafaramino F

*Service Oncologie-Hématologie-Radiothérapie,
Centre Hospitalier Universitaire
d'Antananarivo, Hôpital Joseph Ravoahangy
Andrianavalona*

Résumé. A Madagascar, l'état actuel du cancer est imprécis en l'absence de registre national. Ainsi, notre objectif est d'évaluer l'épidémiologie des cancers au service Oncologie du CHU/JRA. Ce centre constituait alors le seul centre d'oncologie du pays.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des cas de cancers diagnostiqués dans le service durant l'année 2009 et 2010.

Nous avons recensé 1481 nouveaux cas dont 73% étaient des femmes. L'âge moyen au diagnostic était à 49,19 ans. L'ethnie merina prédominait (67,45%) suivie de l'ethnie betsileo (8,17%). La majorité des patients provenaient d'Analamanga (65,56%) et de Vakinankaratra (4,59%). Les cancers gynécologiques étaient les plus fréquents, prédominés par le cancer du sein (26,40%) et du col utérin (20,12%) suivis par les lymphomes (7,77%) puis par le cancer colorectal (6,62%) et par les cancers des voies aéro-digestives supérieures (5,60%). Un nombre important de carcinome de primitif inconnu a aussi été observé (3,71%). Chez l'enfant, le cancer reste rare (3%) et est dominé par les lymphomes.

La connaissance de l'effectif réel des cancers à Madagascar est nous aiderait à améliorer la prise en charge de cette pathologie et à choisir les priorités pour l'élaboration de la politique nationale de lutte contre les cancers .

R 02. Huit mois de pratique d'oncologie au Centre Hospitalier de Soavinandriana

Rakotomanga NM, Hasiniatsy NR, Rajaonarison PJ, Ramahandrisoa AVN, Rafaramino F

*Service Oncologie, Centre Hospitalier de
Soavinandriana et Hôpital Universitaire
Joseph Ravoahangy Andrianavalona*

Résumé. A Madagascar, comme partout dans le monde, le cancer pose un problème majeur de santé publique. Il constitue une des principales causes de décès par maladie dans plusieurs pays du monde. La prise en charge médicale du cancer a débuté au mois de juillet 2012 au sein du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA). L'objectif de ce travail est de rapporter le nombre de cas de cancer vus et les différentes sortes de pathologies cancéreuses prises en charge dans cette aile durant la période d'étude. Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive des cas de cancers vus dans cette aile du mois d'aout 2012 au mois de mars 2013.

On a recueilli 132 cas dont 58,26% étaient des femmes. L'âge moyen des patients était de 50,15 ans. L'ethnie merina prédominait (67,45%). La majorité des patients provenaient d'Antananarivo. Les cancers gynécologiques étaient les plus fréquents (27,82%), prédominés par le cancer du sein (18,26%) et du col utérin (6,96%) suivis par les hémopathies malignes (13,04%) puis par le cancer colorectal (9,56%), les cancers des voies aéro-digestives supérieures (7,82%) et les cancers broncho-pulmonaires (6,95%). Le reste (34,81%) était constitué par des tumeurs cérébrales, tumeurs des membres, d'autres localisations digestives, uro-génitales et de carcinome de primitif inconnu. Plus de la moitié des cas étaient vus à un stade avancé (41,3% métastatiques et 8,3% localement avancés).

Ces résultats nous montrent que la prise en charge médicale du cancer est effective au CENHOSOA depuis près de huit mois et concerne tous les cas de cancer.

R 03. Teratome tridermique malin de l'ovaire droit avec greffe péritonéale neuroïde chez une fille de 23 mois

Razafindrafara HE, Andriamampionona TF, Andriamparany RJ, Hunald FA, Randrianjafisamindrakotroka NS

Centre Hospitalier de Soavinandriana et Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy AndrianaValona

Résumé. Le tératome immature de l'ovaire est une tumeur maligne d'origine germinale. Il s'agit d'une tumeur rare qui touche préférentiellement les sujets jeunes. Sa découverte chez les nourrissons est un fait encore plus rare. Notre objectif est de rapporter notre observation et revoir la littérature afin de préciser les particularités histologiques de cette tumeur

Il s'agit d'une fille de 23 mois qui a présenté une masse abdominale évoluant depuis un an. L'échographie a mis en évidence une tumeur mixte tissulaire et kystique. L'alpha-fœto-protéine était élevé à 355,82 ng/ml. La laparotomie exploratrice a montré une masse tumorale de l'ovaire droit associée à une ascite, une carcinose péritonéale et des nodules hépatiques présumés métastatiques. Une annexectomie droite avec omentectomie a été réalisée. A l'examen macroscopique l'ovaire était tumoral et présentait à la coupe deux composantes solide et kystique. La pièce d'omentectomie montrait plusieurs granulations blanchâtres. L'examen histologique a montré des tissus dérivés des trois feuilletts embryonnaires et du tissu blastémateux, correspondant à un tératome tridermique malin avec greffes péritonéales neuroïdes.

Le tératome immature contient une quantité variable de tissu embryonnaire immature généralement du tissu neuroectodermique. L'âge moyen de survenue varie de 14 à 19 ans selon les auteurs alors que notre patiente n'avait que 23 mois. On distingue les tératomes immatures purs (non sécrétant) et les tératomes immatures sécrétant l'alpha-fœto-protéine comme notre cas. Le caractère sécrétant constitue un facteur péjoratif quant à l'évolution et au risque de récurrence. Le potentiel malin des tératomes est dépendant du degré d'immaturité et de la présence de tissu neuroectodermique. La quantité de tissu neural immature incluant les implants péritonéaux permet d'établir une classification en trois grades de malignité croissante. Notre cas est un tératome immature de grade III, stade IV, sécrétant, donc de mauvais pronostic.

R 04. Sarcome de Kaposi généralisé associé au VIH : difficulté de prise en charge à Madagascar

Raberahona M, Miandrisoa RM, Rakotoarivelo RA, Ratsarazaka M, Rakotonarivo JM, Randriamanovontsoa NE, Tatafasa S, Andrianasolo R, Randria M JD, Rafaramino F
Service des Maladies infectieuses, Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana Service d'Oncologie, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy AndrianaValona

Introduction. Le sarcome de Kaposi (SK) est une tumeur maligne classant Sida. Notre objectif est de décrire, à travers trois cas, les difficultés de prise en charge (PEC) du SK à Madagascar.

Observations. Mr R., 39 ans présentait des lésions de SK de tout le corps, des paupières et de la cavité buccale. Son taux de CD4 était à 47/mm³. Une tuberculose pulmonaire et une infection à mycobactéries atypiques étaient associées. Le patient avait été mis sous antirétroviraux et traitement des infections opportunistes (IO). Il était décédé avant l'instauration d'une chimiothérapie pour le SK des suites d'hémoptysie et d'hémorragie digestive (autres localisations probable du SK).

Mr J., 42 ans présentait des lésions de SK de tout le corps, de la cavité buccale et du larynx. Son taux de CD4 était à 214/mm³. Une tuberculose et une pneumocystose pulmonaire étaient associées. Son traitement comprenait les antirétroviraux et le traitement des IO. L'Adriplastine pour le SK était débutée 15j après le début du traitement des IO.

Mr T., 18 ans présentait des lésions bourgeonnantes multiples du pied droit et une polyadénopathie évoluant depuis 1 an dont l'histologie confirmait un SK. Son taux de CD4 était à 55/mm³. Il n'a pas pu bénéficier d'une chimiothérapie du fait de problèmes financiers.

Conclusion. Dans ces observations, la difficulté de PEC réside sur la présence d'autres IO qui doivent être traitées avant le début de la chimiothérapie avec les risques d'interactions médicamenteuses, de flambée des IO et même de décès du patient. Par ailleurs, les problèmes financiers limitent aussi l'accès à la chimiothérapie. Le dépistage actif, suivi d'un traitement adéquat des autres IO, doit être obligatoire avant la mise en route de la chimiothérapie. L'accessibilité à la chimiothérapie et la disponibilité des ARV doivent être améliorées.

R 05. Etat des lieux des Leucémies Myéloïdes Chroniques au Service Oncologie du CHUA/JRA

Rakotonarivo JM, Refeno V, Ramahandrisoa AVN, Rabarijaona L, Rafaramino F

Oncologie-Hématologie-Radiothérapie CHUA/JRA

Résumé. La leucémie Myéloïde Chronique (LMC) est un syndrome myéloprolifératif chronique caractérisé dans plus de 95% des cas par la présence du chromosome Philadelphie et/ou du gène de fusion BCR-ABL. Le but est d'exposer les caractéristiques cliniques, bio-

logiques, évolutives et thérapeutiques des patients porteurs de LMC vus dans le service.

C'est une étude rétrospective portant sur 20 patients porteurs de LMC suivis au service d'Oncologie du CHU/JRA sur une période de 10 ans (2003-2013).

Il s'agit de 20 cas (9 femmes et 11 hommes), avec un âge moyen de 37 ans (extrêmes 8 et 69 ans). La découverte de la maladie était fortuite (Hémogramme) pour 9 cas. L'examen clinique avait retrouvé une splénomégalie chez 8 patients et une altération de l'état général pour 2 cas. L'hyperleucocytose était souvent retrouvée au diagnostic avec des valeurs allant de 11 G/L à 482 G/L. La thrombocytose était quasiment toujours accompagnatrice de celle-ci. Et l'anémie était présente chez un seul de nos patients au moment du diagnostic. Le chromosome Philadelphie était présent pour 18 des patients et la cytogénétique initiale n'a pas retrouvé d'autres anomalies génétiques. Aucun contrôle de rémission cytogénétique n'a pu être fait. Près de 75% des patients étaient à la phase chronique lors du diagnostic. Tous nos patients ont reçu initialement de l'hydroxyurée puis 18 ont pu bénéficier de l'Inhibiteur de la Tyrosine Kinase de première génération. Quatorze sont actuellement en rémission hématologique complète. Le bilan de rémission cytogénétique est en cours pour 5 patients. Nous avons enregistré 4 cas d'échec primaire et on a rapporté un cas de transformation aiguë après 10 ans d'évolution.

L'aspect épidémiologique, biologique et évolutif de la LMC vu au sein du service d'Oncologie semble proche de celle mentionnée dans la littérature, les différences seraient dans les moyens de suivi thérapeutique, le traitement appliqué étant celui recommandé.

R 06. Métastase musculaire d'un cancer de la prostate, révélée à l'échographie : à propos d'un cas

Andrianah G, Rajaonarisona NNLH,
Razafindraibe K, Ahmad A

*Service Imagerie Médicale, CHUA/JRA,
Antananarivo*

Résumé. La localisation secondaire au niveau du muscle abdominal, associée à d'autres localisations à distance d'un adénocarcinome de la prostate est rare. Les métastases pariétales se rencontrent le plus souvent après une intervention chirurgicale.

Nous rapportons le cas d'un homme de 64 ans, ayant subi une prostatectomie totale pour un cancer de la prostate, par laparotomie, et ayant développé quelques mois plus tard une récurrence locale avec extension vésicale, métastases hépatiques, des adénopathies para-rénales, inguinales et au niveau du muscle grand droit de l'abdomen. L'échographie décrivait ces lésions, par l'utilisation de sonde de basse et haute fréquence, sous la forme de nodules hypoéchogènes hétérogènes très vascularisés au doppler couleur, témoignant de leur aspect suspect de malignité et de leur régre-

ssion lors du contrôle après traitement.

L'utilisation de sonde à basse fréquence couplée au doppler couleur permet de détecter les récurrences et les lésions secondaires atypiques d'un cancer de la prostate, après confrontation des données clinico-biologiques. Mais le diagnostic repose sur l'histologie.

R 07. Métastases pariétales des cancers pelviens : à propos de 3 cas

Rajaonarison NNLH, Ranoharison HD,
Rabemanorintsoa H, Ahmad A

Service Imagerie Médicale, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

Résumé. Les métastases pariétales abdominales des cancers pelviens sont rares. Elles apparaissent souvent après chirurgie tumorale et siègent au niveau de la cicatrice de laparotomie, de coeliochirurgie ou du trajet du trocart de drainage. Nous rapportons trois cas opérés par laparotomie pour cancers pelviens qui ont présenté des métastases pariétales abdominales quelques mois plus tard.

L'échographie réalisée à l'aide d'une sonde de haute fréquence montrait des nodules hypoéchogènes hétérogènes et hypervascularisés. Les lésions sont multifocales, de siège sous cutané en regard de la cicatrice opératoire (3 cas), intramusculaire (2 cas), sur le trajet de drainage (3 cas). Un nodule endométriosique de localisation sous cutanée a été présent chez une des trois patients.

L'utilisation de sonde échographique de haute fréquence couplée au doppler permet de détecter des nodules pariétaux et d'identifier après confrontation avec les données cliniques les critères de bénignité ou malignité de la lésion. Toutefois, le diagnostic positif reste histologique.

R 08. Le rachis métastatique : indication chirurgicale

Rakotozanany P

Service de Neurochirurgie au CHUA/JRA

Résumé. La survenue de métastases vertébrales est de plus en plus fréquente dans l'histoire de la maladie néoplasique. Le rachis représente la principale localisation osseuse.

Environ 40 % des patients cancéreux auront une métastase vertébrale au cours de leur maladie, et il s'agit de métastases multiples dans 40 à 70% des cas selon les cancers primitifs. Ces métastases intéressent le rachis dorsal dans 70% des cas, lombaire dans 20% des cas et cervical dans 10% des cas. Le maître symptôme est la douleur avant tous signes neurologiques. L'indication de la chirurgie tient compte du score pronostique de Tokuhashi. Les objectifs essentiels de ce score sont d'améliorer la qualité de vie, de préserver ou améliorer la fonction neurologique, de préserver la stabilité rachidienne, de mobiliser le patient sans contention externe, et de soulager les douleurs. Le

panel thérapeutique est relativement large, allant des cimentoplasties per-cutanées jusqu'au remplacement vertébral prothétique. La chirurgie consiste à stabiliser la colonne et ou à décompresser. La chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie restent le traitement adjuvant curatif. Donc, il est indispensable de discuter la chirurgie au cours des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire avec des équipes habituées à la prise en charge des tumeurs rachidiennes.

R 09. Profils des patients admis en réanimation pour des pathologies oncologiques et onco- hématologiques

Ranjava NM, Randriamandrato T, Rajaonera AT, Raelijaona L, Raveloson NT

de Réanimation Chirurgicale Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianaivalona

Résumé. L'admission en réanimation pour les malades d'oncologie et d'onco-hématologie pose actuellement des problématiques du fait de leur pronostic. Les avancées thérapeutiques actuelles ont permis d'agrandir l'arsenal thérapeutique permettant ainsi de conduire ces patients à la rémission prolongée voire même à la guérison. L'objectif de ce travail est d'évaluer le profil des patients admis en réanimation pour des pathologies néoplasiques.

C'est une étude rétrospective sur cinq mois réalisée au service de Réanimation Chirurgicale de CHU JRA, incluant tous les patients ayant présentés des pathologies néoplasiques.

Soixante seize patients ont été inclus dont 49 (65%) sont des postopérés et 27 (35%) non opérés ou en attente d'intervention. Pour les patients opérés, c'étaient surtout des pathologies digestives dans 41% de cas et représentés par les tumeurs au niveau du côlon. Pour les patients non opérés, les pathologies hématologiques à type d'hémopathies malignes et de syndrome myéloprolifératif étaient en première ligne dans 44% de cas. Le taux de mortalité était de 30% dont 50% sont des patientes avec cancer du col de l'utérus. Le choc septique, le syndrome de détresse respiratoire aiguë ainsi que la défaillance d'organes constituaient les causes les plus fréquentes de décès. Les patients avec des pathologies hématologiques avaient le plus souvent de bon pronostic.

La stratégie d'admission en réanimation pour les patients en oncologie et onco hématologie est évoluée actuellement et cela dépendrait beaucoup au pronostic et évolution de la maladie. La sélection est basée sur l'existence des défaillances majeures d'organes et les caractères évolutifs de la maladie.

R 10. Analgésie péri-opératoire et récurrence cancéreuse.

Rakotomavo F, Randrianambinina T, Andriamasy C, Rasoamampianina L, Rakotoarison N, Raveloson N.

Urgences chirurgicales, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianaivalona, Antananarivo

Résumé. La chirurgie demeure le traitement principal des cancers solides. Pourtant, la période péri-opératoire est associée à un risque accru de métastase et de récurrence cancéreuse. Cela est dû à la dépression de l'immunité anti-tumorale par modifications hormonales et métaboliques dues au « stress chirurgical ». Des études ont également incriminé les morphiniques dans le développement d'une immunodépression dose-dépendante. Ainsi, en atténuant le stress chirurgical et en permettant une épargne morphinique dans la période péri-opératoire, plusieurs produits et techniques anesthésiques pourraient influencer favorablement sur le développement tumoral. L'usage des anesthésiques locaux, l'analgésie locorégionale et certains anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient associés à une diminution significative des récurrences tumorales dans nombreuses études rétrospectives. Les meilleurs résultats concernaient le cancer du sein et de la prostate. Les bénéfices sont plus controversés pour les autres types de cancer. Le timing de l'analgésie est également important. L'analgésie initiée dans la période postopératoire ne semble pas être associée à une amélioration du pronostic carcinologique. Deux études prospectives sont en cours pour évaluer les bénéfices de l'analgésie locorégionale sur les métastases et la récurrence cancéreuse. Ces résultats pourraient nous orienter vers une stratégie optimale pour la prise en charge anesthésique des chirurgies carcinologiques afin d'améliorer la survie à long terme des patients.

R 11. Prise en charge isotopique des cancers différenciés de la thyroïde à Madagascar

Ranivontsoarivony M, Rasata RA, Ramamonjy A, Andriantsoa JR

Service de Biophysique et Médecine Nucléaire, Laboratoire des Radioisotopes d'Antananarivo

Résumé. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence l'efficacité de la prise en charge totale des cancers différenciés de la thyroïde (CDT) par l'examen clinique, biologique et le suivi scintigraphique et le traitement complémentaire par l'iode radioactif.

De Janvier 2001 à Décembre 2010, nous avons observé 91 patients (13 hommes et 78 femmes) bénéficiant l'IRAthérapie par l'iode 131 après thyroïdectomie totale d'emblée pour 8 patientes et secondaire pour le reste. Le traitement par l'iode radioactif (IRAthérapie) a été effectué 5 à 6 semaines après la thyroïdectomie totale avec une scintigraphie thyroïdienne et osseuse. La dose variait de 50 à 100mCi en moyenne. Des contrôles scintigraphiques avec un dosage de thyroglobulinémie et d'iodurie ont été effectués au bout de un an. L'examen clinique et les dosages hormonaux (T4 libre et TSHus) ont été faits régulièrement. La scintigraphie

avant l'IRAthérapie a montré une carte blanche dans 10% des cas. Sur le contrôle (un an après) tous les patients ont eu une carte blanche isotopique. Trois patients ont eu des métastases osseuses nécessitant une deuxième dose d'iode 131. Quatre patients ont eu de récidives thyroïdiennes trois ans après le traitement initial disparaissant après IRAthérapie. L'évolution était favorable pour tous les malades, trois décès ont été enregistrés malgré les suivis réguliers.

L'IRAthérapie avec la substitution hormonale à dose adéquate permettent une survie prolongée des malades atteints de CDT diagnostiqués précocement. La rigueur de la surveillance en particulier par la scintigraphie, thyroglobuline étant un marqueur fidèle, l'iodurie et les dosages hormonaux, contribuent à améliorer le pronostic.

R 12. Prescription de chimiothérapie anticancéreuse: par qui et comment?

Hasiniatsy NRE, Andrianandrasana NO, Rafaramino F

Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo et Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

Résumé. Les centres de prise en charge du cancer à Madagascar se multiplient, actuellement il y a trois centres. Avec les médecins en cours de spécialisation et les nouveaux centres qui vont s'ouvrir un peu partout dans les régions de la grande île, la pratique de la cancérologie va s'étendre.

La chimiothérapie anticancéreuse constitue un traitement par des substances chimiques cytotoxiques. Elle agit à différentes étapes de la division cellulaire, sur des cellules en cycle ou non. Sa prescription rentre dans le cadre de la stratégie multidisciplinaire de prise en charge du cancer.

Les médicaments anticancéreux sont des médicaments à faible index thérapeutique. C'est-à-dire des médicaments dont la différence entre la dose thérapeutique et la dose toxique est très étroite. Ce sont des médicaments qui sont destinés à soigner, mais constitueraient aussi un danger potentiel pour le patient et pour le personnel soignant en cas de baisse de vigilance lors de la prescription ou la manipulation. Aussi sa prescription doit être soumise à des règles bien déterminées.

A Madagascar, force est de constater que mise à part le décalage de 10 à 15 ans entre la sortie des spécialités et l'autorisation de fabriquer des médicaments génériques, il y a les périodes de pénurie des médicaments. L'obtention d'Autorisation de Mise sur le Marché, la rentabilité de telle ou telle drogue pour les laboratoires pharmaceutiques sont autant de facteurs limitant la prescription de chimiothérapie à Madagascar.

En tout cas, il n'y a pas de cadre législatif régissant la prescription de chimiothérapie à Madagascar.

Aussi, ce travail a pour objectif de soulever le problème

de prise en charge du cancer à Madagascar en prenant l'angle de la prescription des médicaments anticancéreux; tout en ouvrant le débat entre les différents acteurs sur ce sujet.

R 13. Chirurgie des cancers au Centre Hospitalier de Soavinandriana

Rakotonindrina HW, Ratovondrainy W, Rajaonarivony MFV, Biteny A, Randrianarisoa OD, Andriamboavonjy TN, Hasiniatsy NRE, Raveloson JR

Service de Chirurgie Générale, Digestive et Vasculaire du Centre Hospitalier de Soavinandriana

Résumé. Dans la prise en charge multidisciplinaire du cancer, la chirurgie tiens une place très importante. Plusieurs types de traitement chirurgical peuvent être adoptés en fonction de la pathologie cancéreuse, des caractéristiques du patient, des moyens disponibles et de la capacité technique du personnel soignant. Les auteurs se proposent d'étudier la place de la chirurgie carcinologique dans un pôle de chirurgie générale polyvalente.

C'est une étude rétrospective, descriptive, monocentrique réalisé dans les services de Chirurgie I et II du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA), Antananarivo. L'étude s'étalait sur 76 mois, du 1er Janvier 2007 au 30 Avril 2013. Les cas de cancers diagnostiqués et ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale ont été retenus. Sur les 4833 patients hospitalisés en chirurgie, on a recensé 122 cas de cancer soit 2,55 %. Il y avait 67 hommes et 55 femmes. L'âge moyen était de 57,14 ans avec des extrêmes de 17 et 86 ans. Le cancer du sein concernait 26 femmes sur 55 et les cancers viscéraux abdominaux intéressaient 31 hommes sur 67. La chirurgie a été pratiquée dans un but curatif pour 52,45 % des patients. Un traitement médical complémentaire a été octroyé à 82,78 % des malades.

Dans un centre hospitalier comme le CENHOSOA Antananarivo, la chirurgie tient une place majeure dans la prise en charge du cancer. Aussi, une formation des chirurgiens en chirurgie carcinologique est d'une importance capitale.

R 14. Tumeurs primitives du système nerveux central vues en Oncologie durant l'année 2009 : un diagnostic tardif et une perte de vue précoce

Hasiniatsy NRE, Ranaivomanana AHM, Ernesto-Ghoud IM, Randriamalala NCR, Rakotozanany P, Rambolarimanana T, Rafaramino F

Service Oncologie-Hématologie-Radiothérapie Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

Service de Neurochirurgie Hôpital Universi-

*taire Joseph Ravoahangy Andrianavalona,
Antananarivo*

Résumé. Les tumeurs du système nerveux central constituent un ensemble hétérogène de tumeurs solides pouvant toucher aussi bien l'adulte que l'enfant. Notre étude a pour but de préciser la fréquence annuelle de ces types de tumeurs dans notre Service d'Oncologie et de décrire les caractéristiques chronologiques de leur prise en charge.

A travers une étude rétrospective exhaustive durant l'année 2009, tous les dossiers ont été revus. Les tumeurs répondant aux numéros C70, C71 et C72 selon la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM 10) ont été retenues. Nous avons retenus 12 cas sur 1378 patients durant l'année 2009, soit 0,87%.

L'âge moyen des patients était de 43,16 ans +/- 25,60;

avec des extrêmes de 8 et 78 ans. Le quart des patients ont eu moins de 15 ans. Le sex-ratio était de 1,4. Les céphalées étaient les premiers signes présentés par la moitié des patients.

La durée moyenne entre le premier signe et le diagnostic était de 294 jours avec un minimum de 18 jours et un maximum de 830 jours. Les types histologiques ont été variables. Neuf patients ont bénéficié d'une chirurgie, cinq patients ont eu une radiothérapie. La durée médiane de suivi des patients est de 21 jours, le quart des patients ont été perdus de vue après la première consultation en Oncologie. La durée maximale de suivi des patients est de 297 jours.

Les tumeurs du système nerveux central sont rares. Elles posent un problème diagnostique, thérapeutique et de suivi majeur dans notre service.