

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI
INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES
DE LA SANTE
BRAZZAVILLE

Année 1983

N° d'ordre _____

LES CANCERS DIGESTIFS

A propos d'une étude hospitalière de 46 Cas

THESE :

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et Soutenue Publiquement

Le 29 novembre 1983

par DEBY GASSAYE

JURY :

Président : Prof. Maurice TOGA

Vice - Président : Prof: Jean - Claude PARIS

Membres : Prof. ADENASAN Grillo

Prof. N GUEMBY-MBINA

Prof: ASSORI ITOUA-NGAPORO

Directeur de thèse :

Prof. ASSORI ITOUA - NGAPORO

ANNEE ACADEMIQUE 1982-1983

=====

PROFESSEURS

- C. BJURAMQUE Cardiologie et Thérapeutique Médicale
- A.C. QUENUM Biologie Cellulaire
- E. ALIHOUMOD (Pr missionnaire, COTONGU) Gynécologie-Obstétrique
- KAPTUE (Pr missionnaire, YAOUNDE) Physiologie du système Hématologique
- TSALA-MBALA (Pr missionnaire, YAOUNDE) Physiologie Générale et Physiologie du système locomoteur
- KABA-SENGELE (Pr missionnaire, KINSHASA) Pharmacologie

Maître de Conférences Agrégés, Maîtres de Conférence non Agrégés

- V.A.X. AGBESSI Pédiatrie
- A. ITOUA-NGAPORO Hépto-Gastro-Entérologie
- J. MIEHAKANDA Biochimie
- B. PENA-PITRA Traumatologie et Orthopédie
- NGOEER Anatomie Pathologie
- MOALI Chimie
- A. EKOUYA Chimie
- OU JIE-XI Physique
- B. GALIBA Anatomie Pathologique

Maîtres - Assistants des Facultés, Chef de Travaux et Chefs de Cliniques - Assistants des Hôpitaux.

-
- CARME Parasitologie
 - M. DIATEWA Biochimie
 - TH. HONDI-ASSAH Biochimie
 - MONGO-KIMBALA (M.A. missionnaire KINSHASA) Physiologie des Systèmes Nerveux et Endocrinien
 - E. KROUDI Pneumophtisiologie
 - NDINGA-ASSITOU Physiologie
 - KOUKA-BEMBA Chirurgie
 - KAYA-GANZIAMI Ophtalmologie
 - C.M. LOCKU-MAFOUTA Gynéco-Obstétrique
 - CH. GOMBE-MBALAWA Cancérologie, Anatomie Pathologie
 - F. YALA Bactériologie - Immunologie
 - BIEBIE MILETE Biochimie Toxicologie
 - R. MASSENGU Chirurgie Anatomie
 - MBADINGA-MUPANGU Endocrinologie
 - B. MBERE Pneumophtisiologie
 - H. BABASSAMA Economie Sanitaire
 - H. DIAFOUANANA Anflais
 - S. NZINGJULA Pédiatrie
 - P. SENGA Pédiatrie
 - F. MAYANDA Pédiatrie

...../.....

R. TATY
- D. LOBEL

Chirurgie Anatomie
Stomatologie

Assistants des Facultés et Assistants des Hôpitaux

BILONGO-MANENE	Psychiatrie
J. EKGBA	Médecine Interne
- G. DIRATH	Gynéco-Obstétrique
- J. GALESSAMY-IBOMBOT	Déontologie
- J. KOKOLO	Anatomie Pathologie
- G. NGUANGA-YIDIKA	Neurologie
- J. SILLOU-MASSAMBA	Histo-Embryologie
- J.D.NKOUA	Médecine Interne
- - NIATY-BENZE	Santé Publique
- G. ONDAYE	Administration Sanitaire
- J.F. OPA	Biochimie
- YENGE-NGOMA	Pharmacologie
- G. MADZOU	Nutrition
- J. GALIBA	S.R.L.

Spécialistes donnant des enseignements à l'INEBBA

- VANKA MARKOVIC	Soins Infirmiers
- MACKAY Alice	Soins Infirmiers
- PH. FOUTY	Soins Infirmiers
- P. LOUFIEFIE	Soins Infirmiers
- D. KOUKA	Soins Infirmiers
- C. NKOUAHATA	Soins Infirmiers
- L.G. OKJUEBE	Soins Infirmiers
- J. TALANI	Santé Publique
- RIVIERE-GAZEAUX	Electro-Radiologiste
- F. YEMO	Anesthésie-Réanimation
- P. MOBONGO	Pathologie Chirurgicale
- WINTER	Oto-Rhino-Laryngologie
- A. FILA	Anatomie Chirurgie
- G. OLSLO	Sciences Sociales
- A. MOISSOU	Sciences Sociales
- MBAMBI	Psychologie
- RASSIGNOL	Gestion
- P. BAYINA	Biostatistique

/) 'HIPPOCRATE

(DECLARATION DE GENEVE)

" Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends de l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité."

" Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

" Je exercerai mon art avec conscience et dignité."

" Je respecterai mon art avec le secret de celui qui se sera confié à moi."

" Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

" Je maintiendrai dans toute la mesure de moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale."

" Mes collègues seront mes frères."

" Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer. entre mon devoir et mon patient.

" Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception."

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité."

" Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur

EDICEL

JE DEDIE CETTE THESE

A mes defunts père GASSAYE-DJO et mère ABENDE-OSSEBI morts respectivement le 28 Juillet et 8 Août 1983 soit 4 mois environ avant notre soutenance.

Je vous dois de m'avoir guidé dans mes études avec discernement
Vous laisserez le souvenir d'un homme, généreux, laborieux et dévoué.

Ceux qui nous ont approché savent tout la compétence personnelle
votre haute conscience, votre valeur méritée.
Vous resterez pour nous, le plus bel exemple de la loyauté et
de la probité.

Le soleil se lève chaque jour est le même pour tous mais chacun de nous attend quelque chose de différent.

Que la terre vous soit légère.

À mon oncle : André POUE

Ta bonté ta compréhension et tes sacrifices nous ont permis de nous épanouir et d'être ici. Tes principes qui guident la vie nous serviront d'exemples.

En témoignages respectueux de notre profonde reconnaissance et de notre immense attachement.

À mes Cousins Théogène ITOUA

Alphonse LALLEBAYE

Il n'existe pas de mots qui puissent traduire la joie que j'éprouve en ce jour et que je vous dois en totalité. Je ne pourrai jamais oublier l'aide matérielle et morale dont vous m'avez pourvu tout le long de mes études. J'admire le nouvel élan de courage qui vous anime en ce moment et souhaite que vos présentes préoccupations viennent couronner de succès.

Que ce travail soit pour vous une assurance nouvelle de mon affectueuse reconnaissance.

A tous mes = Frères
sœurs
Cousins
Neveux

Avec toute notre reconnaissance et notre affection .

A mes amis et leurs familles respectives

NKOUA-MBON J. Bernard
OTSASSO Victor
ESSEMA Emile
PANDZOU - BOUYOU Antoine
MBONGO Yves - Gaetan
OKOUMOROU Basile
NGATSE - OKU Abel
DAMBA Désidé Boris
NGATSENGO - MBONGO Alfred
ELENGA J. François
CLENDE RACHIDAL
OJGUMALI-SENGHA Isaac

Hommages respectueux.

Mes Collègues

ELIRA - NDOKEKIAS Alexis

ASSOUNGA Alain-Guy

KOUTOUPOT Brigitte

MAMBOUENI André Jean Paul

IMBOUA Justin

ZIBOUT Joseph

BOUYA Prosper

NGOYOU

Toute mon affection

A Monsieur le Docteur Charles GUMBE-MBALAWA

Nous admirons autant vos qualités humaines que votre efficacité dans l'exercice de la médecine.

Votre aide nous a été précieuse lors du recueil des données de ce travail.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre entier dévouement.

A Monsieur le Professeur B. PENA-PITRA

Vous m'avez intéressé à la chirurgie.

Nous ne saurions en peu de mots vous exprimer toute notre gratitude, pour votre précieux encadrement et surtout pour l'amitié que vous nous avez accordée, ainsi que vos conseils qui nous ont guidé dans l'élaboration de notre travail.

A notre Maître, Monsieur le Professeur
Christophe ZOURAMOUF
Professeur de Cardiologie des C.H.U. de FRANCE
Professeur de Clinique Médicale
Directeur de l'INSTITUT.

Nous demeurons sensibles à votre sympathie et à votre grandeur
d'âme.

Vos conseils et vos enseignements ont été les plus précieux
tout au long de nos études.

Veuillez trouver ici notre reconnaissance et notre ferme volon-
té de mériter votre estime par un souci permanent de marcher
sur les traces du travailleur infatigable et de l'homme intègre
que vous avez toujours été.

Au Président de notre JURY

Vous voudriez bien accepter l'expression de notre profond respect en nous faisant un grand honneur d'accepter de présider notre jury.

A nos Juges

- Monsieur le Professeur Maurice TUGA
- Monsieur le Professeur Jean Claude PARRIC
- Monsieur le Professeur Adenasan GRILLO
- Monsieur le Professeur NGUEMBY-MBINA
- Monsieur le Professeur ASSORI-ITOUA-MGAPORU

Nos hommages respectueux pour l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger cette Thèse.

TABLE DES MATIÈRES

----- PAGES

INTRODUCTION	I
MATERIAUX & METHODE	3-5
-----	-----

- MALADES ETUDIES
- METHODE

RESULTS	6-43
-----	-----

A- FREQUENCE GENERALE DES AFFECTIONS DIGESTIVES

B- LOCALISATION DES CANCERS DIGESTIFS?

- Cancer de l'oesophage
- Cancer de l'estomac
- Cancer du duodenum
- Cancer de l'intestin grêle
- Cancer du côlon
- Cancer du rectum
- Cancer de l'anus
- Cancer du pancréas
- Cancer du foie
- Cancer des voies biliaires

COMMENTAIRES :	44-65
CONCLUSION :	66-67
RESUME :	68-73
BIBLIOGRAPHIE.	74-88

/// // // R O / U (/ // //) //

Depuis quelques années, les cancers digestifs attirent de plus en plus l'attention des épidémiologistes. Leur inégale répartition dans le monde notamment leur rareté actuelle en Afrique Noire, ont amené les auteurs à penser que les facteurs d'environnement jouent un rôle important dans l'étiologie de ces cancers. Les études d'épidémiologie descriptive suggèrent le rôle de l'alimentation. Selon BURKITT, les fibres alimentaires auraient un effet protecteur ; l'apport en fibre, élevé, dans l'alimentation africaine expliquerait la rareté des cancers du côlon et du rectum en Afrique.

Nous avons entrepris ce travail, que nous considérons comme préliminaire, pour tenter de situer les cancers digestifs dans la pathologie générale. Nous nous limiterons aux cancers du tractus digestif, c'est-à-dire de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum et de l'anus. Les cancers des organes pleins (foie, vésicule biliaire, pancréas) ne seront pas abordés dans ce travail, le cancer du foie par exemple ayant déjà fait l'objet de plusieurs travaux.

///) /) /- / /- / /- /

&

/) /) ///- /// /- / () ///) ///-

- - - - -
- - - - -
- - - - -
- - - - -
- - - - -

1 - MALADES ETUDIÉS

1 - Du 1^{er} Janvier 1979 au 31 Juin 1980, les trois services de médecine ont hospitalisé 22.505 Malades ; 4.105 intéressent l'appareil digestif. 292 cas d'affections malignes digestives ont été diagnostiqués, parmi lesquels 26 appartiennent au tube digestif creux.

Ces malades ont été recrutés pour la plupart à l'hôpital Général, d'autres nous ont été adressés par des différentes formations sanitaires de Brazzaville et de l'intérieur du pays.

2 - METHODE

L'étude de la mortalité et de la morbidité a été réalisée à partir de deux sources d'information :

A/- LES SOURCES CLINIQUES :

Elles émanent de trois services médicaux de l'Hôpital Général de Brazzaville, à savoir :

-Service de gastro-entérologie et de médecine interne (Professeur Agrégé A. ITOUA-MBALA).

-Service de cardiologie et de médecine interne (Professeur C. DJURAMBOE).

-Service de médecine et de ^{oncologie} carcinologie (Docteur CH. LEMBE-MBALA).

Ces sources sont importantes parce qu'elles donnent des renseignements sur le mode de diagnostic, sur le délai entre le début des signes et le diagnostic.

Enfin elles permettent de connaître le traitement entrepris.

..../....

B- LES LABORATOIRES D'ANATOMIE-PATHOLOGIE.

Les prélèvements biopsiques émanant des services médicaux sont analysés dans 2 Laboratoires d'anatomie-pathologie :

- Celui de laboratoire national de santé publique.
- Celui de l'Hôpital Général.

C/- AUTRES SOURCES :

N'ont pas été accessibles notamment les certificats de décès. Ces certificats devraient permettre de compléter les informations reçues, ils apportent des données précises sur la mortalité mais ils ont l'inconvénient de fournir un diagnostic parfois sujet à caution. Ces renseignements contenus dans les certificats de décès ne nous ont pas servi de sources d'information.

REULTAT

√-1 - F R E Q U E N C E G E N E R A L E

D E S A F F E C T I O N S D I G E S T I V E S

1 - Place des cancers dans la pathologie digestive.

Le tableau I résume la fréquence générale basée sur 4155 cas repartis de la manière suivante :

- 2824 pour le service de gastro-enterologie et de médecine interne.
- 1319 pour le service de cardiologie et de médecine interne.
- 12 cas pour le service de médecine et carcinologie.

Les diarrhées aiguës viennent en tête soit 14,09 %, suivies de l'amiabiose intestinale et de l'hépatite virale.

Le cancer primitif du foie occupe le 9^e rang = 220 cas soit 5,29 %.

Le premier cancer du tube creux est le cancer de l'œsophage avec 14 cas soit 0,34 %.

Ensuite viennent les cancers du rectum 13 cas , de l'estomac 11 cas, du côlon 5 cas et enfin de l'anus 3 cas.

TABLEAU - I

Place des Cancers dans la pathologie g
digestive.

MALADIES	SERVICES			TOTAL	%
	GEMI	CMI	S.M.C		
Diarrhée aiguë	425	160	-	585	14,08 %
Amibiase intestinale	385	183	-	568	13,67 %
Hépatite Virale	337	195	-	532	12,80%
Amibiase hépatique	240	182	-	422	10,16 %
Cirrhose hépatique	235	98	-	333	8,01 %
Gastrite	163	99	-	262	6,30 %
Colopathie Fonctionnelle	181	69	-	250	6,02 %
Ulcère Gastrique et duodénal	168	79	-	247	5,94 %
Cancer primitif foie	168	45	7	220	5,29 %
Héminthiase intestinale	123	71	-	194	4,67 %
Hémorroïdes	92	42	-	134	3,22 %
Appendicite	70	41	-	111	2,67 %
Ascite d'étiologie non précisée	39	12	-	51	1,23 %
Occlusion intestinale aiguë	27	22	-	49	1,18 %
Hématémèse d'étiologie inconnue	37	6	-	43	1,03 %
Mélanose étiologie inconnue	17	5	-	22	0,53 %
Lithiase vésiculaire (non pigmentaire du foie).	16	3	-	19	0,46 %
Cancer Secondaire du foie	13	2	-	15	0,36 %
Cancer de l'oesophage	14	-	-	14	0,34 %

!Cancer du rectum	! 10	! I	! 2	! 13	! 0,31%
!Cancer de l'estomac	! 11	! -	! -	! 11	! 0,26%
!Cancer du pancréas	! 10	! I	! -	! 11	! 0,26%
!Megaoesophage	! 9	! -	! -	! 9	! 0,22%
!Diverticulose colique	! 6	! -	! -	! 6	! 0,14%
!Tuberculose intestinale	! 5	! I	! -	! 6	! 0,14%
!Pancréatite chronique	! 3	! I	! -	! 4	! 0,10%
!Cancer du Côlon	! 3	! -	! 2	! 5	! 0,12%
!Dolichosigmoïde	! 4	! -	! -	! 4	! 0,10%
!Tuberculose hépatique	! 3	! -	! -	! 3	! 0,07%
!Hernie Hiiale	! 2	! I	! -	! 3	! 0,07%
!Cancer de l'anus	! 2	! -	! 1	! 3	! 0,07%
!Diverticulose du grêle	! 2	! -	! -	! 2	! 0,05%
!Tumeur Carcinoïde du ! rectum	! 2	! -	! -	! 2	! 0,05%
!Ampulome Vaterien	! 1	! -	! -	! 1	! 0,02%
!Maladie de Hirschsprung	! 1	! -	! -	! 1	! 0,02%
TOTAL	2824	1319	12	4155	1,07%

GEMI * = GASTRO-ENTEROLOGIE ET MEDECINE INTERNE

CMI * = CARDIOLOGIE ET MEDECINE INTERNE

SMC * = SERVICE DE CARCINOLOGIE ET DE MEDECINE.

2 - FREQUENCE DES AFFECTIONS
MALIGNES DIGESTIVES

Cette fréquence est représentée par le tableau

-II-

Si l'on considère l'ensemble des cancers digestifs du tube creux et organes annexes ; le cancer du foie occupe la première place et vient au 4^{ème} rang des hospitalisations pour les affections hépatiques ; viennent ensuite les cancers de l'oesophage et du rectum.

Sur 292 cas, 202 cas de décès par cancer digestif ont été enregistrés durant la période concernée.

TABLEAU - II'

MORTALITE ET MORBIDITE DES CANCERS DIGESTIFS

	MORTALITE	MORBIDITE
Oesophage	4	14
Estomac	5	11
Côlon	-	5
Rectum	7	13
Anus	-	3
Pancréas	5	11
Cancer Primitif du foie	171	220
Cancer secondaire du foie	10	15
	<u>202</u>	<u>292</u>

3 - TUMEURS DIGESTIVES DANS LA CANCEROLOGIE GENERALE

Dans le tableau III avec 292 cas, soit 27,47 % les cancers digestifs occupent le deuxième rang de la cancérologie générale et viennent après les cancers de l'appareil génito-urinaire féminin = 337 cas soit 31,70 %.

TABLEAU - III

REPARTITION DU CANCER PAR APPAREIL

APPAREIL	LOCALISATION	TOTAL	POURCENTAGE
Appareil Digestif	Oesophage	14	1,52 %
	Estomac	11	1,03 %
	Pancréas	11	1,03 %
	Côlon	5	0,47 %
	Rectum	13	1,22 %
	Anus	3	0,28 %
	Cancer primitif du Foie	220	20,70 %
	Cancer Secondaire du Foie	15	1,41 %
Appareil Respiratoire	Poumon	26	2,44 %
	Plèvre	8	0,75 %
Appareil Genito-Urinaire féminin	Sein	109	10,25 %
	Col uterin	165	15,52 %
	Corps utérin	29	2,73 %
	Chorio épitheliome	9	0,85 %
	Ovaire	13	1,22 %
	Vulve	8	0,75 %
	Vagin	4	0,38 %

.... /

4 - FREQUENCE SELON L'AGE ET LE SEXE.

Dans cette étude la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 41 à 50 ans, représentant 86 cas soit 29,45 % suivie de celle se trouvant entre 51 à 60 ans.

La prédominance masculine est nette 204 cas sur 292 soit 69,86 %.

TABLEAU -IV :

REPARTITION DES CAS SELON L'AGE.

AGE	ESOPHAGE	ESTOMAC	COLON	RECTUM	ANUS	PANCREAS	CPF	CSF	TOTAL
0 - 11 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 - 20 ans	-	1	-	2	-	-	13	-	16
21 - 30 ans	1	-	-	1	-	-	25	1	28
31 - 40 ans	-	-	-	-	-	-	54	-	54
41 - 50 ans	5	2	3	7	-	3	61	5	86
51 - 60 ans	6	4	1	1	1	2	36	5	56
61 et plus	2	4	1	2	2	6	31	4	52
TOTAL	14	11	5	13	3	11	220	15	292

C P F * = CANCER PRIMITIF DU FOIE

C S F * = CANCER SECONDAIRE DU FOIE

TABEAU - V

REPARTITION DES CAS SELON LE SEXE

		NOMBRE	POURCENTAGE
DESOPHAGE	H	8	2,73
	F	6	2,05
ESTOMAC	H	5	1,71
	F	6	2,05
COLON	H	4	1,37
	F	1	0,34
RECTUM	H	8	2,73
	F	5	1,71
ANUS	H	1	0,34
	F	2	0,68
PANCREAS	H	9	3,08
	F	2	0,68
C P F *	H	159	54,45
	F	61	20,89
C S F *	H	10	3,42
	F	5	1,71

H = HOMMES

F = FEMMES

5 - REPARTITION ANNUELLE

Selon les années nous avons obtenu :

- En 1979 = 70 cas soit 23,97 %
- En 1980 = 82 cas soit 28,08 %
- En 1981 = 74 cas soit 25,34 %
- En 1982 = 47 cas soit 16,09 %
- En 1983 = 6,51 %

Apparemment on observe une décroissance annuelle. Ceci pourrait s'expliquer par diverses raisons = d'abord le problème de la conservation des dossiers et ensuite par le fait que l'année 1983 soit en Cours. Le graphique suivant montre cette décroissance.

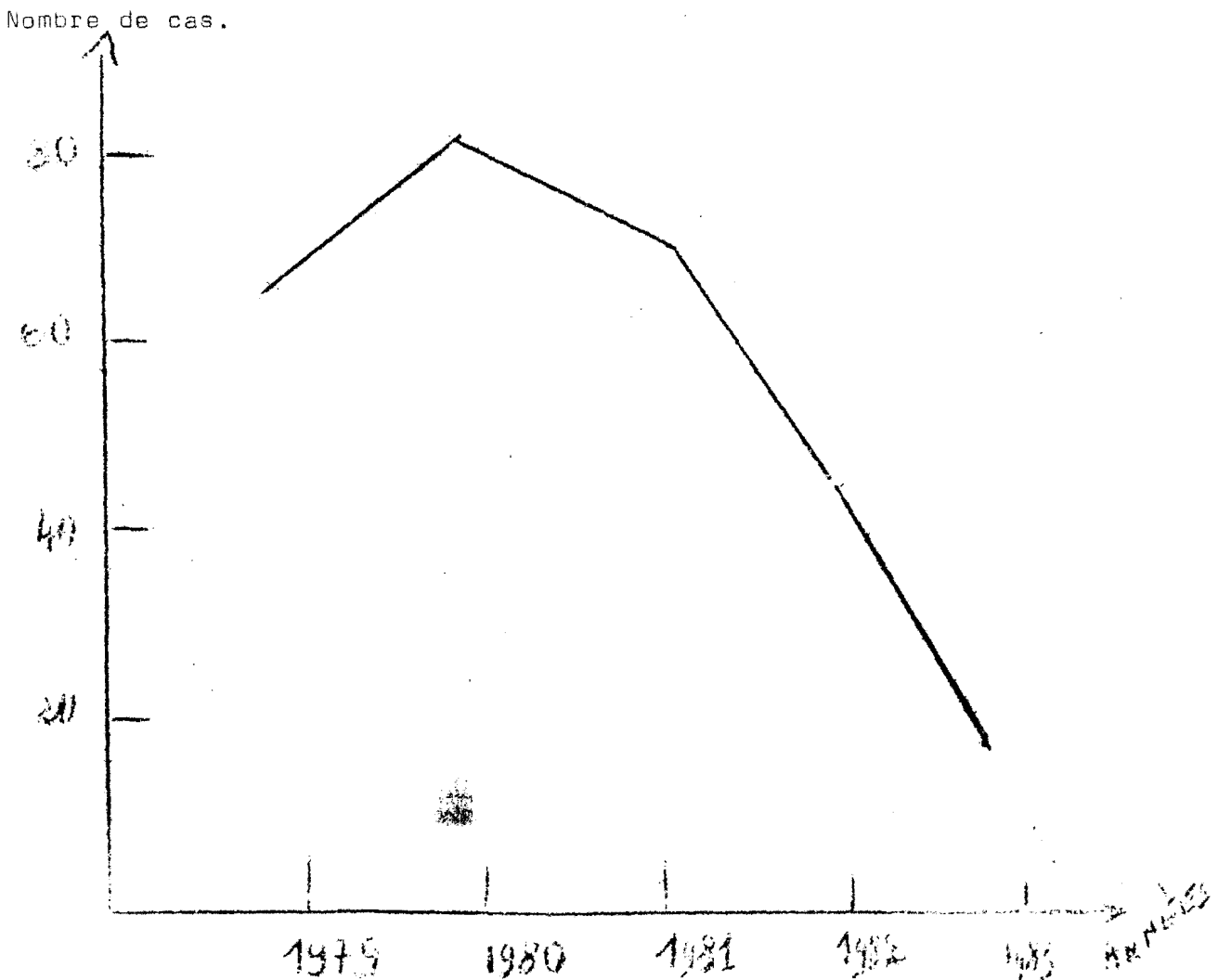


Fig 1 - Distribution Annuelle des Cas.

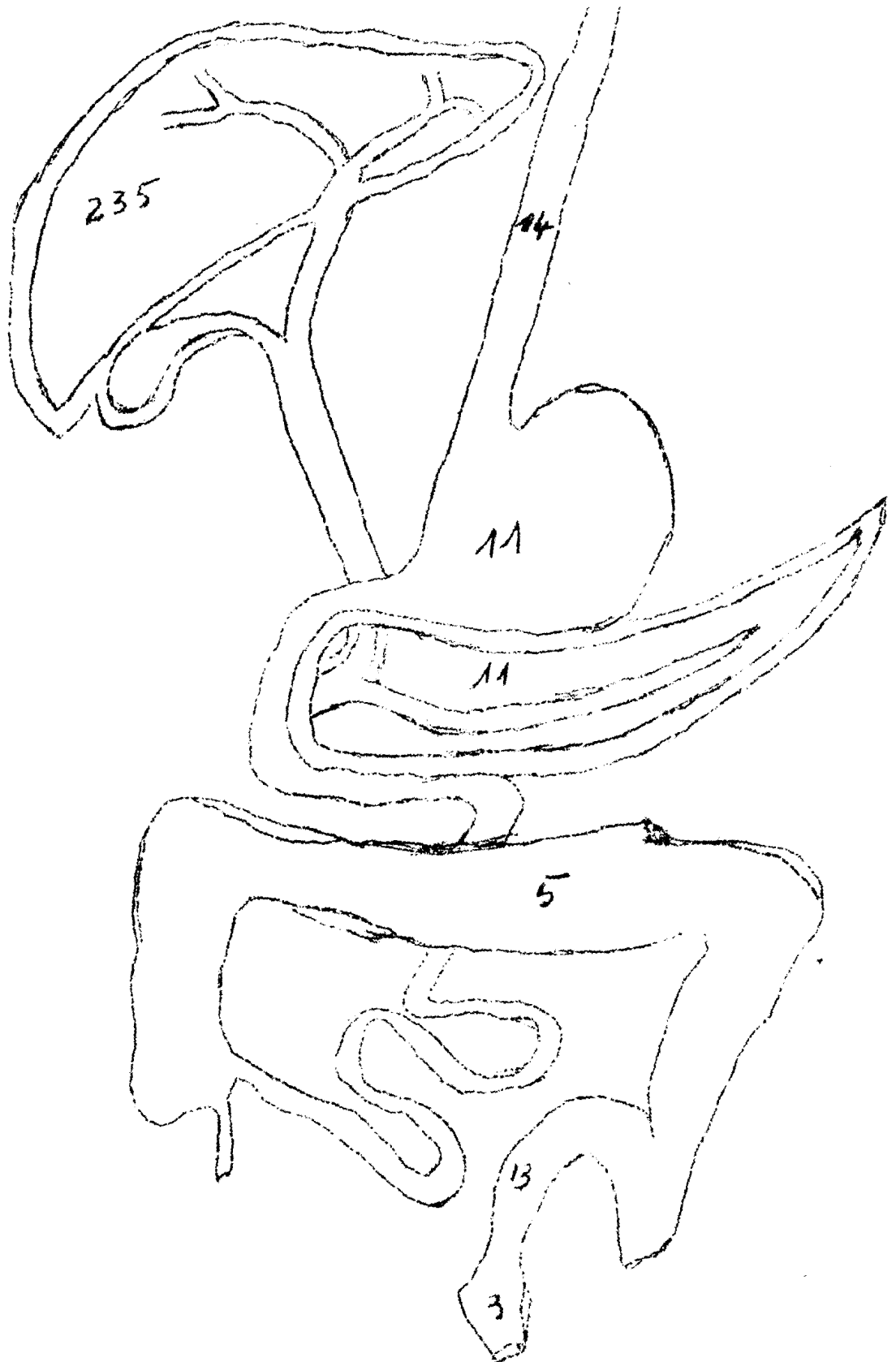
6- - LES FORMES HISTOLOGIQUES

L'étude de 19 cas confirmés histologiquement montre que l'adenocarcinome, est le type le plus fréquemment rencontré.

TABLEAU - VI

REPARTITION DES FORMES HISTOLOGIQUES

	OESOPHAGE	ESTOMAC	COLON	RECTUM	ANUS
Adenocarci- nome	1	2	2	12	-
Carcinome malphigien	-	-	-	-	-
Carcinome anaplasique	-	-	-	-	-
Carcinome Colloïde	-	-	-	-	-
Carcinome épi- dermoïde	-	-	-	-	2
Autres	-	-	-	-	-



((F)) J F (E R) E L' O E S O P H A G E

-:-*****-:-

Le Cancer de l'oesophage est considéré comme
comme rare en Afrique. Ainsi 14 cas ont été diagnos-
tiqués de 1979 à 1983.

I - LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1- REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE

TABLEAU - VII

REPARTITION DES CAS PAR AGE ET PAR SEXE.

AGE	S E X E		TOTAL	%
	HOMMES	FEMMES		
0 - 10 Ans	-	-	-	-
11 - 20 Ans	-	-	-	-
21 - 30 Ans	-	1	1	7,14 %
31 - 40 Ans	-	-	-	-
41 - 50 Ans	3	2	5	35,71 %
51 - 60 Ans	3	3	6	42,86 %
61 ET PLUS	2	-	2	14,28 %
TOTAL	8	6	14	100 %

Notre série compte 8 hommes soit 57,14 % contre 6 femmes soit 42,86 %. La prédominance masculine est nette avec un sexe ratio de 1,3.

Le maximum de cas est observé dans la tranche d'âge de 51 à 60 ans. Le plus jeune à 27 ans et le plus âgé à 72 ans.

2 - REPARTITION PAR ANNEE.

Les cas varient d'une année à une autre. Le maximum de cas a été enregistré en 1980.

1979	1980	1981	1982	1983
3 cas	5	3	2	1

3 - REPARTITION PAR ETHNIE

TABLEAU- VIII

REPARTITION DES CAS SUIVANT L'ETHNIE

GROUPE ETHNIQUE	TOTAL	%
KONGO	11	78,57 %
M BOSSI	3	21,42 %
T E K E	-	-

Ce tableau montre que le groupe ethnique Kongo est le plus touché avec 11 Cas sur 14 soit 78,57 % vient ensuite le groupe Mbossi avec 3 cas sur 14 soit 21,42 %.

...../.....

4 - REPARTITION PAR GROUPE SOCIO-PROFESSIONNEL

Tous les 14 cas ont été recueillis chez les sujets aux conditions socio-économiques défavorables. Ce sont les ouvriers, les paysans et les sans professions.

5- LES FACTEURS GENETIQUES.

Le groupe sanguin, facteur rhésus et l'hémoglobine n'ont pas été recherchés systématiquement.

6- LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

A/- LES FACTEURS ALIMENTAIRES.

La notion de consommation du tabac et d'alcool a été retrouvée chez Sept patients.

B/- LES LESIONS PRÉEXISTANTES

Les antécédents de lésions préexistantes n'ont pas été notifiés chez nos malades.

II - LES DONNEES CLINIQUES

Le malade est souvent amené en consultation pour les signes suivants :

- Dysphagie
- Epigastralgies
- Regurgitations

TABLEAU - IX

REPARTITION DES CAS SUIVANT LES SIGNES.

SIGNES CLINIQUES	NOMBRE DE MALADES AYANT LE SIGNE.	O/O
Amaigrissement	13	22,41 %
Dysphagie	12	20,69 %
REGURGITATION	8	13,69 %
Vomissement	4	6,90 %
ANEMIE	4	6,90 %
Hypersialorrhée	4	6,90 %
Epigastralgies	3	5,17 %
Douleurs Retrosternales	3	5,17 %
TOUX	2	3,45 %
HOQUET	1	1,72 %
DOULEURS ABDOMINALES	1	1,72 %
Pyrosis	1	1,72 %
Deshydratation	1	1,72 %
ANOREXIE	1	1,72 %
TOTAL	58	100 %

III - LES DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES :

1 - SIEGE

Les sièges suivants ont été notés :

- 2 Cancers sont localisés au I/3 supérieur
- 8 Cancers au I/3 moyen
- 4 Cancers au I/3 inférieur

2- HISTOLOGIE

Nos malades n'ont pas bénéficié de l'examen histologique ; parce que n'ont été ni opérés, ni fibroscopés, ni biopsies. Dans quelques rares cas l'histologie a révélé qu'il s'agissait d'adenocarcinome.

IV - LES DONNEES EVOLUTIVES :

Tous nos malades ont été vus au stade tardif, Les complications suivantes ont été notées :

- 1 cas de décès par cachexie avec accident infectieux de fausse route soit 7,14 %.
- 3 cas de décès par cachexie seulement 21,43 %
- 1 cas de fistule oeso-tracheale
- 1 cas de métastases osseuses, d'envahissement de la bronche souche gauche et du médiastin.
- 6 Malades sortis à la demande ont été perdus de vue, soit 42,86 %.
- 2 Malades dont les dossiers sont en instance d'évacuation en France.

V - LES DONNEES THERAPEUTIQUES

Les possibilités thérapeutiques ont été absentes parce que les malades ont été vus au stade des lésions avancées.

(((F-))) ((E))

((() E)

(((E))) (())) (())) (()))

--:--:--++++++
+++++

Sur 11 Cancers diagnostiques, 9 dossiers ont été retenus, 2 rejetés à cause du manque d'information.

I- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1- REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE

TABLEAU - X
REPARTITION DES CAS PAR AGE ET PAR SEXE

AGE	S E X E		TOTAL
	HOMMES	FEMMES	
0 - 10 Ans	-	-	-
11 - 20 ans	-	-	-
21 - 30 ans	-	-	-
31 - 40 ans	-	-	-
41 - 50 ans	1	-	1
51 - 60 ans	1	2	3
61 et plus	1	2	3
TOTAL	3	6	9

La prédominance féminine est nette avec 6 cas sur 9 soit 66,67 %. Le sexe ratio est de 0,5.

Le plus jeune à 41 ans et le plus âgé à 67 ans. Le maximum de cas est enregistré dans la tranche d'âge de 51 à plus de 61 ans.

2 - REPARTITION PAR ANNEE.

Les variations annuelles sont nettes. La prédominance de cas a été enregistrée en 1982, 3 cas.

1979	1980	1981	1982	1983
1 cas	2	2	3	1

3 - REPARTITION PAR ETHNIE

KONGO	MBOSSI	TEKE
3 cas	3	3

Tous les 3 groupes sont touchés de la même manière.

4 - REPARTITION PAR CATEGORIE SOCIO-
PROFESSIONNELLE.

Dans notre série, les personnes touchées sont celles dont les conditions sociales sont défavorisées.

5 - FACTEURS GENERIQUES :

Le groupe sanguin et l'hémoglobine n'ont pas été recherchés systématiquement.

Ces facteurs n'ont été possibles que pour 3 malades.

Parmi lesquels 2 portent le groupe O, rhésus positif ; 1 a le groupe B, rhésus positif.

6- LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

A/- LES FACTEURS ALIMENTAIRES.

Les antécédents d'alcoolisme non recherchés systématiquement.

B/- LES ETATS PRECANCEREUX.

Aucun malade n'a présenté des lésions précancéreuses.

II - LES DONNEES CLINIQUES

1- LES CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC

Deux signes revelateurs amènent le malade en consultation =

- Les épigastralgies
- Hématémèse

2 - REPARTITION DES DIFFERENTS SIGNES

TABLEAU - XI - REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES

SIGNES CLINIQUES	NOMBRE DE MALADES AYANT LE SIGNE	%
Epigastralgie	9	17,31 %
Amaigrissement	8	15,38 %
Anémie	7	13,46 %
ANOREXIE	5	9,61 %
Vomissements	5	9,61 %
Hématémèse	3	5,77 %
Déshydratation	3	5,77 %
Masse palpable	3	5,77 %
Diarrhée	3	5,77 %
Hoquet	2	3,85 %
Oedèmes carentiels	2	3,85 %
Regurgitations	1	1,92 %
Ballonnement abdominal	1	1,92 %
Melaena	-	-
TOTAL	52	100 %

Cette étude montre que les epigastralgies sont observées dans la totalité des cas et représentent 17,31 %. Le faible pourcentage est représenté par les regurgitations et le ballonnement abdominal soit 1,92 %.

III - LES DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1 - Siège :

- Région antrale : 5 cas sur 9 soit 55,55 %
- Région antro-pylorique = 3 cas sur 9 soit 33,33 %
- Petite Courbure = 1 cas sur 9 soit 11,11 %

2 - LE TYPE HISTOLOGIQUE.

La preuve histologique n'a été possible que chez 2 malades ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale. Dans ces cas il s'agit d'adénocarcinomes.

V- LES DONNEES EVOLUTIVES :

L'évolution a été catastrophique parce que tous nos malades sont arrivés à l'hôpital au stage très avancé. Les résultats suivants ont été enregistrés :

- Décès par cachexie = 3 cas
- Décès par coma = 2 cas
- Malades sortis à la demande et perdus de vue = 4 cas

VI- LES DONNEES THERAPEUTIQUES /-

Les malades ont été vus tardivement à l'hôpital. La chirurgie palliative a été réalisée chez 2 malades =

- 1 cas de gastrectomie partielle (polaire inférieure)
- 1 cas de gastrectomie des 2/3.

L'évolution a été mortelle après quelques mois.

(((_ F) _) \ (_ E \ (

//) \

(((_ () // () _) \

Dans notre Travail, 3 cas de cancer du côlon sur 5 collectés ont fait l'objet d'une étude.

1 - LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

1- REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE

Cette répartition montre :

- 2 hommes
- 1 femme

Le plus jeune à 45 ans et le plus âgé à 67 ans.

2- REPARTITION PAR ANNEE

Les 3 cancers ont été diagnostiqués au cours des années suivantes :

- 1979 = 1 cas
- 1982 = 1 cas
- 1983 = 1 cas.

3 - REPARTITION PAR ETHNIE

Tous les 3 cas appartiennent à l'éthnie Kongo.

4 - REPARTITION PAR GROUPE SOCIO-PROFESSIONNEL

Tous nos 3 malades appartiennent au groupe des patients sans professions.

5 - LES FACTEURS GENETIQUES :

Les facteurs génétiques n'ont pas été recherchés systématiquement chez 3 de nos malades, un seul a pu avoir le groupe sanguin. Celui-ci est porteur du groupe A et rhésus positif.

6 - LES FACTEURS ETIOLOGIQUES :

A/- Les facteurs alimentaires .

N'ont pas été recherchés. L'excès de graisses alimentaires incriminés par certains auteurs n'a pas été étudié.

B/- LES ETATS PRECANCEREUX

N'ont pas été retrouvés chez nos malades.

II - LES DONNÉES CLINIQUES :

Les signes suivants ont été observés chez nos malades :

- Douleurs abdominales
- Diarrhée
- Melaena
- Anémie
- Déshydratation
- Amaigrissement
- Œdèmes carentiels

III - LES DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

I- Siège de la Tumeur

- Côlon gauche = 2 cas soit 2/3
- Angle colique droit = 1 cas soit 1/3

2 - LE TYPE HISTOLOGIQUE

Les 2 cas biopsiés nous ont donné tous des adenocarcinomes différenciés.

V - LES DONNÉES ÉVOLUTIVES

Après l'intervention chirurgicale, 2 de nos malades ont séjourné environ 4 mois à l'hôpital et sont sortis sans complications secondaires.

L'autre reçu au stade avancé est sorti à la demande après un séjour de 3 mois.

LES DONNÉES THÉRAPEUTIQUES :

I - Traitement Chirurgical

L'acte chirurgical a été possible pour deux malades. Les techniques suivantes ont été réalisées :

- 1 cas de résection colique avec anastomose termino-terminale.
- 1 cas de résection segmentaire avec colostomie.

2- LA CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie à base de 5 fluoro-uracil a été pratiquée après la chirurgie chez 2 malades. L'évolution sous traitement a été favorable mais sortis de l'hôpital ont été perdus de vue.

(((F)) / ((E) /))

((())

(((E) ((/)) /))

000000000000000000000000

12 Cas sur 13 diagnostiqués ont été retenus.
Un seul cas a été rejeté parce que le dossier était incomplet.

I - LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1- REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE

Dans le tableau XII, le sexe masculin est plus touché.
7 Hommes sur 12 soit 58,33 %.

Le maximum de cas est enregistré dans la tranche d'âge 41 à 50 ans. Le plus jeune à 12 ans et le plus âgé à 66 ans.

TABLEAU- XII

REPARTITION DES CAS PAR AGE ET PAR SEXE.

AGE	S E X E		TOTAL	%
	HOMMES	FEMMES		
0 - 10 ans	-	-	-	-
11 - 20 ans	-	1	1	8,33 %
21 - 30 ans	1	-	1	8,33 %
31 - 40 ans	-	-	-	-
41 - 50 ans	3	4	7	58,33 %
51 - 60 ans	1	-	1	8,33 %
61 et plus	2	-	2	16,67 %
TOTAL	7	5	12	100 %

2- REPARTITION PAR ANNEE

1979	1980	1981	1982	1983
-	3	5	3	1

Les cas varient d'une année à une autre. L'année 1981 représente 5 cas sur 12 soit 41,67 %.

3- REPARTITION PAR ETHNIE

KONGO	MOSSI	FEKE
10	2	0

L'ethnie Kongo est la plus frappée avec 10 cas sur 12.

4- REPARTITION PAR GROUPE SOCIO-PROFESSIONNEL

-II cas intéressent les patients dont les conditions sociales sont défavorisées.

-Le dernier malade appartient à la classe des commerçants, hauts fonctionnaires.

5- LES FACTEURS GENETIQUES :

R/- REPARTITION SELON LE GROUPE SANGUIN

TABLEAUX - XIII

REPARTITION DE CAS SELON LE GROUPE SANGUIN.

GROUPE SANGUIN	TOTAL	%
O	5	83,33 %
A	-	-
B	1	16,67 %
AB	-	-
RH +	6	100 %
RH -	-	-

Le groupe O, rhésus positif occupe le premier rang dans cette étude.

B/- L'HEMOGLOBINE :

N' a pas été recherchée systematiquement dans notre série.

6- LES FACTEURS ETIOLOGIQUES :

La recherche des facteurs étiologiques n'a pas été systematique, même si l'on sait que le cancer du rectum peut se développer sur un organe sain. Les antécédents de certaines lésions préexistantes n' ont pas été retrouvés.

II - LES DONNEES CLINIQUES

1- LES SIGNES REVELATEURS

Deux signes revelateurs amènent le malade en consultation =

- Rectorragies
- Diarrhée

2- REPARTITION SELON DES SIGNES

TABLEAU- XIV

REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES

SIGNES CLINIQUES	NOMBRE DE MALADES AYANT LES SIGNES	POURCENTAGE
Rectorragies	8	23,53 %
Diarrhée	7	20,59 %
Amaigrissement	6	17,65 %
Anorexie	5	14,70 %
Anémie	5	14,70 %
Paquet hémorroïdaire	1	2,94 %
Douleurs anales	1	2,94 %
DOULEURS ABDOMINALES	1	2,94 %
TOTAL	34	100 %

III - Les DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1- Siège .

- 5 à 6 cm de la marge-anales = 9 cas
- 8 à 10 cm de la marge-anales = 3 cas

2- TYPE HISTOLOGIQUE

Tous les 12 cas biopsiés montrent des adénocarcinomes.

IV -

LES DONNEES EVOLUTIVES

Dans cette serie tous les malades ont été vus au stade avancé ; c'est à dire 2 mois à 1 an environ delai qui sépare l'apparition des signes et la première consultation à l'Hôpital. C'est pourquoi l'évolution a été fatale pour la plupart. Les données suivantes nous permettent de constater ce qui suit :

- 7 décès par cachexie
- 5 malades sortis contre avis médical
- 5 cas d'adenopathies inguino-crurales
- 2 cas d'adenopathies sus-claviculaires gauches (gangliens de troisier).
- 2 cas de metastases hepaticues^s

Il faut signaler que le delai qui sépare l'apparition des premiers signes et la date d'arrivée en consultation doit être considéré avec reserve, parce que souvent les patients n'arrivent pas à bien retracer l'histoire de leurs maladies.

V -

LES DONNEES THERAPEUTIQUES

- La chirurgie a été jugée impossible en raison de l'état avancé des lésions.

• La radiothérapie associée à la chimiothérapie a été pratiquée chez un seul malade. Celle-ci a occasionné un succès relatif mais 5 mois plus tard il y a eu réapparition des signes cliniques responsables du décès.

() -)) () E () E L' -)) u)

Pour des raisons déjà avancées ci-haut 2 cancers sur 3 diagnostiqués ont été retenus.

Dans notre série tous les 2 cas sont des femmes. Le sujet le plus jeune a 56 ans et le plus âgé a 70 ans.

Tous les 2 cas ont été découverts en 1982.

Les malades sont ressortissants des ethnies suivantes :

- Ethnie Kongo = 1 cas
- Ethnie Mbossi = 1 cas

Par rapport au groupe socio-économique les 2 malades sont tous des paysans.

Sur le plan clinique les signes révélateurs suivants ont été notés :

- Rectorragies = 2 cas
- Douleurs anales = 2 cas
- Diarrhée = 1 cas
- Déshydratation = 1 cas

L'étude histologique a révélé des carcinomes épidermoïdes.

(C) () 12/2 12/2 E 12/2 W F-2 1 F-2 E _ J

A) - C A N C E R O L O G I E D I G E S T I V E E N G E N E R A L

B) - L E S A S P E C T S T O P O G R A P H I Q U E S

A - CANCEROLOGIE DIGESTIVE EN GENERAL

Du 1er Janvier 1979 au 30 Juin 1983 soit 54 mois sur 4155 malades digestifs ; 292 représentent les cancers digestifs soit 7,03 % de la pathologie digestive.

Cette étude hospitalière ne peut donner qu'une idée assez imprécise de la fréquence réelle des cancers digestifs ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'une étude retrospective.

Cette fréquence est comparable à celle observée dans la plupart des pays d'Afrique noire, représentée par le tableau XV.

TABLEAU - XV

FREQUENCE PAR RAPPORT A L'ENSEMBLE DES CANCERS

AUTEURS	ENSEMBLE DES CANCERS	CANCERS DIGESTIFS	POURCENTAGE
TUYNIS [94]	508	43	8,46%
REYMONDON [84]	562	33	6,57%
GOUZOV [45]	1078	177	16,43%
GOMBE-MBALAWA [43]	540	194	35,92%
Notre étude	1063	292	27,47%

Par rapport à la cancérologie générale, les tumeurs malignes digestives occupent le deuxième rang après les cancers de l'appareil génital féminin. Cette deuxième place a été reconnue par GOUZOV [45].

...../.....

L'accroissement annuel peut être dû à l'amélioration des moyens de diagnostic, à l'infrastructure médicale et à l'augmentation de l'espérance de vie.

Ces affections malignes digestives sont beaucoup plus constatées dans la tranche d'âge oscillant entre 41 et 50 ans représentant 86 cas sur 292 soit 29,45 %.

Les cancers digestifs sont graves à cause = du stade avancé des lésions de la chirurgie tardive souvent palliative, de l'évolution post-opératoire grave et de la chimiothérapie nulle voire onéreuse.

B- LES A S P E C T S T O P O G R A P H I Q U E S

292 cancers digestifs dont 235 sur le foie, 11 sur le pancréas et 46 sur le tractus digestif repartis de la manière suivante :

-Oesophage : 14 cas - la localisation la plus fréquente soit 4,79 %.

-Estomac = 11 cas soit 3,77 %

-Rectum = 13 cas soit 4,45 %

-Anus = 3 cas soit 1,03 %

Nous n'avons pas observé les cancers de l'intestin grêle et du péritoine ; les raisons sont liées au moyen de diagnostic.

LE C A N C E R DE L' O E S O P H A G E

1 - FREQUENCE

Les travaux de reymondon et COLL 84 et de TUYNS 94 montrent que le cancer de l'oesophage est une affection rare au Congo. Notre étude nous permet d'essayer de préciser la place de cette affection dans notre pays ; en effet 14 cas sur 292 ont été diagnostiqués. C'est le premier cancer digestif du tube creux au Congo soit 4,79 de l'ensemble des cancers digestifs.

Le tableau XVI suivant nous permet de faire une étude comparative avec certains pays africains.

T A B L E A U - XVI

F R E Q U E N C E C O M P A R A T I V E D A N S Q U E L Q U E S P A Y S D ' A F R I Q U E N O I R E

P A Y S	A U T E U R S	N O M B R E D E C A S	P E R I O D E S	M O Y E N N E / A N
AFRIQUE DU SUD	DE MOOR	405	2 ANS	202,5 CAS
AFRIQUE DU SUD (JOHANNESBURG)	LUKE	246	3 ANS	82 CAS
KENYA	WHITTAKER	412	8 ANS	51,5 CAS
ZAMBIE (LUSAKA)	KHURANA	50	20 MOIS	27,7 CAS
KENYA	NAZIR	48	-	-
DJIBOUTI	Y- GENDRON & COLL	36	2 ANS	18 CAS
DAHOMY	P. AUBRY & COLL	19	20 MOIS	10,5 CAS
KENYA (NAIROBI)	NEVILL	74	14 ANS (1954-1960)	5,2 CAS
MADAGASCAR	CAP DE VILLE	3	20 Mois	1,6 CAS
CAMEROUN	JENSEN & COLL	5	5 ans (1969-1973)	1, CAS
SENEGAL (DAKAR)	J. CHABAL & COLL	3	5 ans	0,6 Cas
MALI	Y. PEZOUX & COLL	3	10 ans	0,3 CAS
SENEGAL	SANKALE & COLL	3	8 ans (1970-1977)	0,3 CAS
CONGO (POINTE-NOIRE)	REYMONDON	4	12 ans (1955-1966)	0,3 CAS
A. E. F.	P. DENOIX	3	9 ans (1951-1959)	0,3 CAS
COTE D'IVOIRE (ABIDJAN)	L. CORNET & COLL	1	5 ans	0,2 CAS
SENEGAL	QUENUM	2	9 ans	0,2 CAS
CONGO	TUYAS	0	2 Ans (1965-1966)	0 CAS

-50-

De ce tableau il ressort que =

* En Afrique de l'Ouest.

De nombreux travaux ont été publiés ; mais les chiffres donnés par ces publications sont encore faibles à tel point que nous pouvons rejoindre certains auteurs [3,40] qui parlaient de la rareté de l'affection dans cette partie du continent en citant le cas de Bahamey où AUBRY [3] collige 19 Cas en 20 mois soit une moyenne annuelle de 10,5 Cas.

Alors que =

- CHABAL [16] au Sénégal dépiste 3 cas en 5 ans.

- QUENUM [81] au Sénégal toujours observe 2 cas en 9 ans.

- PELSUX & COLL [76] au Mali rapportent 3 cas en 10 ans.

- CORNET & COLL [22] en Côte-d'Ivoire n'observent qu'un cas en 5 ans.

* En Afrique Centrale.

Peu de publications ont été rapportées si ce n'est celle de REYMONDON [84] au Congo = 4 cas en 12 ans et JENSEN & COLL [54] au Cameroun 5 cas en 5 ans soit 1 cas par An.

* En Afrique de l'Est.

- NEVIL [75] relève 74 cas au Kenya (NAIROBI) en 7 ans.

- WHITTAKER [98] rassemble 412 cas publiés

- NAZIR [74] au Kenya trouve 48 cancers

- KHURANA [56] à Lusaka en Zambie observe 53 cancers de l'oesophage 20 mois.

.... /

* Et en Afrique du Sud.

- De MOOR [29] collige 405 Cas en 2 ans.

-LUKE [65] à Johannesburg dépiste 246 cas en 3 ans.

En comparant cette fréquence avec celle des pays extra africains on peut noter =

- En France

349 cas en 10 ans = LURTAT JACOB

-AU JAPON

On compte 46,3 cas pour 100.000 Habitants

- En Chine du Nord

150 cas pour 100.000 Habitants

-En IRAN

141 cas pour 100.000 Habitants.

2 - REPARTITION PAR SEXE ET PAR AGE

-La prédominance masculine ici est nette. 6 Hommes soit 57,14 % contre 6 Femmes soit 46,86 % avec un sexe ratio de 1,3. Il s'agit là d'une notion classique retrouvée par la plupart d'auteurs : CORNET [24], FAIVRE [36] et GENDRON [41].

Quant au sexe ratio les variations sont considérables dans le monde [73], il est en général > 1 dans l'unité dans les régions à très forte incidence. L'IRAK et de Chine et très élevé (H/F=33) dans les populations africaines à haut risque de BULAWAYO et de ZIMBABWE.

-Nos malades sont âgés de 27 à 72 ans avec une moyenne d'âge de 51 ans. BELGHITI et COLL [9] situent l'âge moyen de leurs patients à 57 ans.

Consultant toujours la littérature KAO [55] situe la moyenne d'âge à 64 ans. Nos résultats concordent avec ceux de GENDRON [41].

3- CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES

Apparemment, ce sont les gens aux conditions socio-économiques peu élevées mais notre étude ne nous permet pas de prendre une position ferme.

4- LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

-Les lésions préexistantes

Ces lésions n'ont pas été retrouvées dans notre travail.

-L'ingestion d'aliments chauds et épicés, de piments est toujours présente mais est constamment retrouvée au Congo et en Afrique. La moitié des malades sont des fumeurs, et des éthyliques ; le rôle nefaste de ces deux facteurs prédisposants est classique et souligné par MUIR [73] qui pense que le tabac et l'alcool jouent un rôle synergique dans la pathogénie des cancers de l'oesophage.

.... /

- Le rôle du KHAT est soulevé à Djibouti où GENDRON et COLL [43] dépistent en 24 mois 36 cancers de l'œsophage. Cet arbrisseau, très apprécié des habitants de Djibouti est accusé d'être associé à la longue une œsophagite chronique favorisant ainsi l'apparition d'un cancer de l'œsophage. Mais au Congo cet arbrisseau est inconnu.

5 - LES ASPECTS CLINIQUES

Les manifestations cliniques n'ont aucune particularité. Nous remarquons dans notre étude que :

- La dysphagie constitue le véritable motif de consultation, 12 malades sur 14. Cette fréquence est retrouvée 124 fois sur 136 par FAIVRE [36], à Djibouti [40], elle représente 19 fois sur 36.

- Les épigastralgies ont amené les malades en consultation 3 fois sur 14.

- L'amaigrissement souvent difficile à mettre en évidence chez les malades dénutris. DELGHIÉ situe autour de $9,2 \pm 7$ l'amaigrissement moyen de ses patients.

6- LES DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Le siège le plus fréquemment rencontré a été le 1/3 moyen soit 8 cas sur 14. Cette localisation fréquente a été signalée par CORNET [24], FAIVRE [36] et GENDRON [41].

LE CANCER DE L'ESTOMAC

1-FREQUENCE

11- Cas sur 46 cancers du tractus digestif ont été étudiés. C'est le troisième cancer du tube digestif après ceux de l'oesophage et du rectum. représente 3,77 % de l'ensemble des cancers digestifs.

Cette fréquence est certainement sous-estimée. En effet notre enquête n'a malheureusement pas intéressé tous les autres services hospitaliers susceptibles de recevoir les cancers gastriques. Il s'agit là d'une approximation, mais il est difficile d'être plus précis dans un pays comme le Congo qui ne dispose d'aucune statistique de morbidité et de mortalité.

Le Tableau XVII montre que le cancer de l'estomac n'est pas rare au Congo, voire en Afrique parce que en 18 mois GUINDO et COLL ont diagnostiqué 70 cas.

TABLEAU XVII

FREQUENCE COMPARATIVE AVEC LES AUTRES PAYS AFRICAINS.

PAYS	AUTEURS	PERIODES	CAS
SENEGAL (DAKAR)	CAMBIN ET SERAFINO [14]	10 ans (1950-1960)	110
MALI (BAMAKO)	GUINDO & COLL [46]	18 Mois	70
COTE D'IVOIRE	QUENUM ET COLL [82]	1971	57
CONGO	Notre étude	1979-1983	11

En comparant avec les pays médicalement développés, l'incidence est plus forte dans les pays comme :

- JAPON = 66,7 / 100-000/ AN
- FRANCE = 19 / 100-000 / AN.

2 - SEXE ET L'AGE

- La prédominance féminine est nette. Cette prédominance considérée sur un échantillon non représentatif n'est pas en accord avec les travaux de GUINDO [46], qui sur une étude de 70 cas en 18 mois, a retrouvé 51 Hommes contre 19 Femmes.

Tout comme dans les travaux des autres auteurs comme HAUTEFEUILLE [48], MENDEZ [69], MOREAUX [72] et PHILIPPE [77].

- Les personnes de plus de la cinquantaine ont été les plus incriminées car le maximum de cas dans notre étude a été observé dans la tranche d'âge de 51 ans à plus de 61 ans. Cette même observation a été également faite par PHILIPPE [77] et HUGUIER [5].

3- CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES.

Les cultivateurs ont été les plus touchés mais ce rôle est discutable.

4- LES ETATS PRECANCEREUX.

Aucun état précancéreux n'a été retrouvé.

5- LES DONNEES CLINIQUES.

Les signes cliniques observés n'ont aucune particularité.

-Les épigastralgies ont été rencontrées chez tous les malades.

-Les hématomèses = 3 fois signe rare dans les travaux de SOW [89], qui à DAKAR sur une série de 64 malades admis à l'Hôpital pour hématomèse ; 3 cas de tumeurs malignes de l'estomac ont été repistés.

-L'amaigrissement = signe non négligeable mais rencontré également dans la plupart des affections; a été retrouvé 8 fois. Dans la littérature, MENDEZ [69] a estimé sur une série de 25 cas que la perte de poids à 3 Kg ou plus a été observée 14 fois.

6- LES DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

A/- SIEGE

Le siège le plus rencontré dans cette étude est la région antrale, qui montre 5 cas. Cette localisation dominante au niveau de l'antrum a été signalée par certains auteurs [46,53,73].

B/- LE TYPE HISTOLOGIQUE

Les 2 cas confirmés sont en faveur d'adénocarcinomes. Ce type fréquemment rencontré a été décrit par des auteurs comme = CHEVILLOTTE [18], FAIVRE [35], MOREAUX [72] et PHILIPPE [77].

7 - LES DONNEES EVOLUTIVES

Les difficultés d'un diagnostic précoce et la venue tardive des malades à l'hôpital sont responsables d'une évolution fatale. Alors le dépistage précoce des lésions contribue à la regression de la mortalité par cancer [49].

LE CANCER DU COLON

1 - FREQUENCE :

5 cas sur 46 cancers du tube digestif ont été étudiés. C'est le quatrième du tractus digestif. Représente 1,71 % de l'ensemble des affections malignes digestives.

Cette fréquence est comparable à celle observée en Afrique =

- Nigeria = 1,4%
- Afrique du Sud = 1,2%
- Mozambique = 1,1%
- Ghana = 1,04 %
- Sénégal = 0,65%
- Ouganda = 0,2%

Mais elle est faible par rapport aux pays médicalement développés =

- Ecosse = 15,3%
- Canada = 14,4%
- U S A (blancs)= 13,7%
- Nouvelle-Zélande = 13,3%
- Norvège = 12,8%
- France = 11,9%
- Israël = 11,8%
- Allemagne Fédérale= 9,2%
- Italie = 7,5%

2 - SEXE & AGE

- Le sexe masculin est le plus atteint, tout comme dans les travaux de TOMAN [92].

Cependant cette prépondérance [5] est inversée dans certains pays FINLANDE, pays-bas, Canada, Chili, Venezuela, Nouvelle-Zélande.

-La tranche d'âge la plus touchée se situe autour de 45 ans à 60 ans. Cette notion est évoquée par Audigier [5] qui conclut que le risque de cancer du côlon croît avec l'âge. Alors que chez ATTIA [1] et AYEVA [7] le cancer du côlon est rencontré chez les jeunes de 22 ans.

3 - LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

* ROLE GENETIQUE

-Aucun cas familial n'a été retrouvé

-La longévité, la faible espérance de vie ne permettent pas à la majorité des gens d'atteindre l'âge du cancer colique 60 à 65 ans comme en Europe. Mais contre cette hypothèse il y a le fait qu'il ait très peu de lésions précancéreuses à l'âge jeune. Les polypes, la polyposis familiale, le syndrome de Gardner, la diverticulose colique, la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn colique ; sont exceptionnels en Afrique probablement pour les mêmes raisons que le cancer colique.

AUTRES CAUSES

- Les facteurs alimentaires.

En effet les habitudes diététiques sont nettement différentes dans les pays occidentaux et africains. Cette différence serait probablement à l'origine de la différence d'incidence de ce cancer entre pays développés et en développement.

Burkitt cité par AUDICHER [57] est l'un des premiers à soulever le rôle protecteur des fibres alimentaires. Ces fibres réduisent le temps de séjour des cancérogènes coliques, leur temps de contact avec la muqueuse, le temps d'action des bactéries sur les sels biliaires, limitant ainsi la quantité de produits cancérogènes. Cette théorie séduisante n'est pas entièrement satisfaisante pour les pays d'Afrique ; en effet ici la constipation est fréquente et les colopathies fonctionnelles avec constipation représentent plus de 70 % de consultation en Zone rurale comme en Zone urbaine.

-D'autres substances de l'alimentation ont été incriminées. Ainsi les substances grasses notamment les graisses animales augmentent la concentration colique des stéroïdes biliaires neutres et acides et déterminant la composition de la flore colique.

...../.....

En effet il y a 20 à 30 ans environ le régime alimentaire des africains était pauvre en graisses animales, les protéides consommés étaient fournis par du diable-vert et du poisson fumé. La consommation de viande de bœuf riche en graisse était occasionnelle ; par le procédé de conservation, par la chaleur qui fait disparaître les graisses. Les corps gras consommés étaient essentiellement d'origine végétale dans les sauces qui n'accroissent pas les substances cancérogènes coliques. Ceci pourrait expliquer la rareté des cancers coliques chez l'africain.

Mais aujourd'hui l'africain consomme de plus en plus de viande fraîche ; son régime tend à se rapprocher de celui de l'occidental, il n'est donc pas étonnant d'assister dans quelques années à une croissance de cancer colique en milieu africain.

4 - LES DONNEES CLINIQUES.

- Les douleurs

Notre échantillon très faible ne nous amène pas à une conclusion fiable. Si ailleurs ces douleurs sont signalées dans l'ordre de 60,71 % dans les travaux de ATIA [1] qui rejoint les mêmes conclusions que celles des autres auteurs qu'il a lui-même cités : O GUNBYI à LAGOS (Nigéria) 52 %, SENE au Kenya 56 %. Cette fréquence dans le cancer du Côlon souligne une fois de plus la nécessité d'une exploration colique soignée et correcte devant toute douleur abdominale avant de porter le diagnostic de colopathie fonctionnelle.

- LES TROUBLES DE TRANSIT

La constipation d'apparition récente ou l'alternance diarrhée-Constipation sont rares dans la localisation au Côlon transverse. Le cancer du Coecum se manifeste volontiers par la diarrhée./.

..../....

5 - LES DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

- Siège de la tumeur

Dans notre étude le Côlon gauche représente les 2/3 alors que le côlon droit représente le 1/3. Ces conclusions bien que formulées sur un échantillon négligeable ne sont pas en accord avec celles de certains auteurs cités par ATTIA [1] comme CHABAL, VOVOR, DIOUF et TOURE au Sénégal qui trouvent 8 localisations droites contre 2 à gauche ; Au Cameroun par ESSOMBA 8 à droite sur 11, en Afrique du Sud par PILLAY, ANGORN et BARKER qui notent une prédominance Coecale et l'angle colique droit.

- Le type histologique

observé sur 2 cas confirmés histologiquement, ce type est en faveur d'adenocarcinomes. Ce type est le plus rencontré dans les autres séries [1].

LE CANCER DU RECTUM

1 - Fréquence

13 cas de cancer du rectum ont été diagnostiqués. C'est le deuxième cancer du tube digestif creux. Il occupe le quatrième rang de l'ensemble des cancers digestifs soit 4,45 %. Par rapport à la cancérologie générale il représente 1,22 %. Cette étude de 5 ans nous permet d'affirmer que le cancer du rectum n'est pas rare au Congo. Quenum [82] dans son étude basée sur 458 attribue la troisième place au cancer du rectum soit 5,68 %.

Mais cette affirmation est controversée par les travaux de MANLAN [68] où l'incidence du cancer du rectum est faible dans les pays Africains au Sud du Sahara (1-2%) alors que les pays médicalement développés présentent une incidence plus forte (7-15%).

Pour expliquer ces différences, divers facteurs ont été invoqués en particulier les facteurs alimentaires : régime plus riche en graisse d'origine animale en Europe, rôle protecteur des fibres alimentaires en Afrique.

2- SEXE ET AGE

-Les hommes sont les plus touchés par l'affection.
-Le cancer du rectum frappe les sujets jeunes, ainsi la tranche d'âge située entre 41 à 50 ans est la plus incriminée. Ces conclusions rejoignent celle de MANLAN [68] qui précise que dans les pays sous développés comme les nôtres, le cancer du rectum atteint les patients jeunes autour de la quarantaine ; mais dans les pays développés les personnes de la soixantaine et plus sont les plus atteintes.

3 - LES DONNEES CLINIQUES

Observés tardivement, certains signes cliniques attirent l'attention. Ce sont les rectorragies et la diarrhée. Ces signes permettent de mettre en oeuvre les examens complémentaires. Dans ce travail les rectorragies ont été observées 8 fois.

4 - LES DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Les 12 Cas confirmés histologiquement sont tous des adenocarcinomes. Cette variété histologique est fréquemment retrouvée dans la littérature [33, 35, 83].

5 - LES DONNEES EVOLUTIVES

7 décès ont été enregistrés. Si chez nous le cancer du rectum ne constitue pas la première cause de décès, en France il en est la première.

LE CANCER DE L'ANUS

C'est une affection rare, occupant la dernière place des cancers du tractus digestif. 3 cas seulement ont été diagnostiqués, représentant 1,03 % de l'ensemble des cancers digestifs.

Par rapport à la cancérologie générale il représente 0,28 %

Les femmes sont les plus touchées, le cancer atteint les malades de plus de la cinquantaine. Mais cette affirmation doit être acceptée avec réserve parce que l'échantillon n'est pas représentatif.

Sur le plan clinique, les rectorragies et les douleurs anales ont été retrouvées chez tous les malades.

Dans les pays d'Europe et d'Amérique la prévalence des cancers digestifs est sans cesse croissante.

Au Congo la prévalence de ces affections reste à déterminer. L'étude statistique que nous venons de faire révèle que ces cancers sont moins fréquents que dans les pays médicalement développés.

Cette faiblesse numérique peut être liée aux conditions de notre étude, à nos moyens de diagnostic. Avec la médicalisation du pays et l'amélioration des moyens d'investigation, cette fréquence pourrait être augmentée.

Les facteurs étiologiques pourraient expliquer cette rareté mais ne peuvent être mis en évidence dans notre étude. Le tabac et l'alcool jouent certainement un rôle important dans la genèse des cancers de l'oesophage. Les facteurs alimentaires interviennent probablement dans l'étiologie des cancers de l'estomac et de l'intestin. Le rôle des fibres alimentaires et des graisses ne peut être ni affirmé, ni infirmé, les cas de cancer colique étant observés chez les paysans comme chez les citadins au régime lacto-végétarien. Les lésions précancéreuses sont rares.

T E U M E

1- CANCEROLOGIE DIGESTIVE EN GENERAL

Durant la période du 1er Janvier 1979 au 31 Juin 1983 soit 54 mois, 22.585 malades ont été hospitalisés dans trois services de Médecine de l'Hôpital Général de Brazzaville. Parmi ces malades, 1353 ont été admis pour cancers dont 292 cas de Cancers du tractus digestif, du foie et du pancréas. Ainsi les cancers digestifs représentent 1,29 % des hospitalisations ; ils occupent le deuxième rang des cancers avec 27,47 % des cas, après les cancers de l'appareil génito-urinaire féminin (31,70 %).

Par rapport à l'ensemble des maladies de l'appareil digestif, les tumeurs malignes se placent en sixième position après la diarrhée aiguë (14,50%), l'amibiase intestinale (13,67%), l'hépatite virale (12,80%) et la cirrhose hépatique (8,91%).

La prédominance masculine est nette avec 204 Hommes (69,86%) contre 88 femmes (30,14%).

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 41 à 50 ans représentant 86 malades sur 292 soit 29,45 %.

II

LES ASPECTS TOPOGRAPHIQUES

NOUS avons entrepris une étude basée sur 46 cas de cancers du tractus digestif. Les cancers du foie, du pancréas et des voies biliaires ont été exclus. Les cancers du tractus digestif représentent 0,20 % de l'ensemble des hospitalisations, 4,33 % de la Cancérologie générale, 15,75 % de la cancérologie digestive. Les aspects topographiques se résument de la manière suivante :

...../.....

- Cancer de l'oesophage :- 14 cas
- Cancer de l'estomac :- 11 cas
- Cancer du Côlon : 5 cas
- Cancer du rectum : 13 cas
- Cancer de l'anus : 3 cas

1- LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

14 cas sur 46 ont été diagnostiqués. Le cancer de l'oesophage est le premier cancer du tractus digestif avec 0,36 % de l'ensemble des hospitalisations, 1,32 % de la Cancérologie générale, 4,79 % de la Cancérologie digestive, 30,43 % de la Cancérologie du tractus digestif.

Le sexe masculin est prédominant, 8 hommes contre 6 femmes. Le sexe ratio est de 1,3.

Le maximum de cas a été enregistré dans la tranche/^{d'âge} comprise entre 51 et 60 ans. Le plus jeune a 27 ans et le plus âgé a 72 ans.

Chez la moitié des malades on a retrouvé des antécédents de tabagisme et d'alcoolisme.

Au plan socio-professionnel l'affection touche les ouvriers, les paysans et les sans professions.

Cliniquement les malades sont vus au stade tardif donc sont inopérables.

Sur le plan anatomo-pathologique, le siège le plus fréquent est le 1/3 moyen (8 cas sur 14). L'aspect histologique est celui d'adenocarcinome.

La thérapeutique est pratiquement nulle.

...../.....

2- LE CANCER DE L'ESTOMAC

11 Cas ont été diagnostiqués. Cette affection représente le troisième Cancer du tractus digestif ; elle représente 3,35 % de l'ensemble des hospitalisations, 1,33 % de la Cancérologie générale, 3,77 % de la Cancérologie digestive, 23,91% de la cancérologie du tractus digestif.

Les femmes sont plus touchées que les Hommes.

Le maximum de cas a été enregistré dans la tranche d'âge de 51 à plus de 61 ans. Le plus jeune a 41 ans et le plus âgé a 67 ans.

L'affection frappe les malades dont le niveau socio-économique est bas.

Le diagnostic s'est fait essentiellement par la clinique et la radiologie.

La région antrale représente le siège le plus fréquemment atteint. L'histologie est dominée par l'adénocarcinome.

L'évolution est souvent mortelle.

La chirurgie palliative a été réalisée chez 2 malades.

3 - LE CANCER DU COLON

5 cancers ont été reconnus. Ce cancer représente 3,62 % de l'ensemble des hospitalisations, 3,47 % de la cancérologie générale, 1,71 % de la cancérologie digestive, 10,87 % des cancers digestifs.

Les hommes sont plus atteints par rapport aux femmes.

..../.....

L'affection touche plus les personnes de plus de la cinquantaine. Le plus jeune à 45 ans et le plus âgé à 60 ans.

Les malades de conditions modestes sont les plus incriminés.

Ce cancer a été retrouvé aussi bien chez les citadins que chez les ruraux. Le régime alimentaire est le même, à base de végétaux.

Aucune particularité sur le plan clinique n'a été notée, mais les malades consultent au stade avancé des lésions.

Sur le plan anatomo-pathologique, le côté gauche représente une localisation prédominante. L'histologie est en faveur de l'adénocarcinome.

L'acte chirurgical n'a été possible que pour 2 malades.

4- LE CANCER DU RECTUM

C'est le deuxième cancer digestif avec 13 cas. Ce cancer représente environ 3,36 % de l'ensemble des hospitalisations, 1,92 % de la cancérologie générale, 4,45 % de la cancérologie digestive, 28,26% de la cancérologie du tractus digestif.

Le sexe masculin est le plus incriminé. Le maximum de cas est enregistré dans la tranche d'âge 41 à 50 ans. Le plus jeune a 12 ans et le plus âgé à 60 ans.

L'affection touche les personnes dont les conditions sociales sont défavorisées. Au plan clinique le diagnostic est évident à cause de l'état avancé des lésions.

L'Histologie est dominée par l'adénocarcinome.

.../....

5 - LE CANCER DE L'ANUS

3 cas ont été diagnostiqués. C'est le cinquième cancer du tube digestif. Il représente 0,01 % de l'ensemble des hospitalisations, 0,28 % de la cancérologie générale, 1,03 % des cancers digestifs, 0,52 % des cancers du tube digestif.

Les femmes sont plus touchées. Le plus jeune a 56 ans et le plus âgé a 70 ans.

Cliniquement aucune particularité n'a été signalée.

Sur le plan histologique les cas observés sont des carcinomes épidermoïdes.

B B L O T R F H E

- I- ATTIA Y, SOUBEYRAND J,
CAUDET D, MALAN K, KOUAKOU N,
MOTTE M, CAMARA B.M, N'DRI N,
DANEL B, N'DRI YOMAN.

Les cancers coliques en
Côte d'Ivoire = Etude clinique et
épidémiologique.
Méd. Afr.Noire ; 1981, 28, 353-358

- 2- AUBERT H, TREILLE C, FAURE H,
FOURNET J, LACHET B ET RACHAIL P

Intérêt de la surveillance
des malades polypectomisés dans la
prévention du cancer recto-colique.
Gastro-enterol Clin Biol 1982, 6, 185-187

- 3- AUBRY P, CARRE M, DOULIBEU F J,
CORSGUEN J ET THOMAS J

Les cancers de l'oesophage
au Dahomey.
Méd. Trop, 1971, 30, 539-548

- 4- AUDIGIER J.C ET TOYNS A. J

Evolution de la mortalité par
cancer de l'oesophage et de l'estomac en
France entre 1951-1976.
Gastro-enterol Clin Biol - 1981, 5, 243-250

- 5- AUDIGIER J. C, LAMBERT R

Epidémiologie des cancers du CÔlon
Rev.Praët. 1979, 29, 1055-1064

- 6- AYEVA DERMAN A, AGBETRA A
SEGUIN S & AYEVA M

Aspects cliniques et radiologiques
des cancers coliques chez les compatriotes
noirs au TOGO.
Afr. Med. 1980, 19, 705-707

- 7- AYEVA BERMAN A, AYEVA M,
SECURIN S, KROU A WEIKEL A
Les cancers coliques du nord
africain en Zone tropicale.
(A propos de 20 cas. Etude anatomique
et étiopathogénique).
Afr. Med 1980, 19, 701-703

- 8- AYRAL X, CORNUC F, FAVRIEL D.M,
BOCQUET L ET DEBBAY C
Carcinocarcinome de l'estomac. Etude
d'un cas et revue de la littérature.
Gastro-enterol Clin Biol 1980, 4, 162-167

- 9- BELGHITI J, LANGONNET F,
JESSELY J.Y, FERETE F.
Faut-il corriger la dénutrition des
malades ayant un cancer de l'oesophage
ou du Cardia en période préopératoire.
Nouv- Presse. Méd. 1981, 10, 2273-2279

- 10- BERLEBAULT P, BENEZ E, NAHE J,
PROVOST OGIER M, POULAIN T.
Prothèses endo-oesophagiennes de
Celastin posées par voie endoscopique.
Expérience de 35 cas de cancer de
l'oesophage
Ann. Gastro-enterol. Hépatol, 1980, 16, 37-40

- 11- BOULEZ J
Traitement des cancers de l'oesophage.
Cah. Med. 1980, 5, 1823-1831

- 12- BOURDAIS J.P, DELAVIERNE PH,
HUREAU J, VAYRE P, ARSAC M.
Les cancers développés sur les lésions
"peptiques" du bas-oesophage.
Sem. Hôp. Paris, 1979, 55, 1155-1160

- 13- BRUNET M, BERLIL J, JAVIN M. et
ZIMMERMAN B, ROCHER M, DOUDDOUKAL B.
Mortalité par cancer de l'estomac
1954 à 1974.
Evolution en FRANCE.
NOUV. PRESSE -MLD 1979, 8, 1943-1944
- 14- CAPAIN R, SERAFINO X.
Quelques réflexions sur le problème
du cancer dans les territoires de l'
ancienne Fédération de l'AOF.
Oncologie Tropical (Dakar), 1971,
1, 34 - 39
- 15- CARPORA J.L, ORLECCHIA L, FISSORE A.
Volumineuse ectasie caecale par le
Cancer de l'angle droit du Côlon.
Sem. Hôp. Paris- 1973, 49, 1296-1299
- 16- CHABAL J, VOVRON VM, GLOUF B & TOURE P
Les cancers du tube digestif en milieu
Africain à DAKAR.
Med. Afr.Noire, 1971, 18, 361-367
- 17- CHATELIN CL, CARPORA J.L, FISSORE A & O.
Cancer du Côlon sur anastomose
iléon-colique faite en 1964 pour
rectocolite ulcero-hémorragique.
Ann. gastro-enterol. Hepatol,
1979, 15, 273-276.
- 18- CHEVILLONTE P, CAYOT M, FAVRE J. P,
TRIGALOU D, VIARD H.
Le cancer du moignon gastrique.
A propos de dix observations (sur une
série de 235 cas de cancer gastrique).
Sem. Hôp. Paris .1962, 58, 165-169.

- 19- COLIN W, PALISSON G & L'ETIENNE
Le dépistage de masse des polypes
et cancers Colo-rectaux est-il
possible ?
Gastro-entérol clin Biol. 1978, 2, 1-8
- 20- COMTEU J.F, LE NOUILLER Y, PERCIER J.D
Premiers résultats comparatifs entre la
rectosigmoidoscopie et l'endoscopie et
la fibroscopie sigmoïdoscopie en pratique
générale à l'Hôpital Saint-Louis et à
l'Hôpital Robert-Debré de Paris.
Ann. Gastro-entérol. Hépatol, 1980, 15, 351-356
- 21- CORNET A, BARBIER J. Ph, DEBESSE S,
PERFETTINI N, CARNOT F.
A propos du cancer gastrique des sujets âgés
75 ans et plus.
Ann. gastro-entérol. Hépatol, 1979, 14, 545-549
- 22- CORNET L, LOUDIERE R, ANGATE Y, COURILLON S,
SERRES JJ ET BEUGRE K.
Deux opérations de BOLT par voie haute pour
cancer et retrécissement cicatriciel de
l'œsophage moyen.
Med. Afr.Noire, 1970, 17, 715-717
- 23- CORNET A, RENAUD, BARBIER J. Ph, CARNOT Fr,
KASSEP A.
Gastrite, métaplasie intestinale et cancer.
Sem. Hop. Paris- 1973, 49, 899-910
- 24- CORNET L, NGUESSAN H.A, MOBLOT LH, RICHARD-KADIO
M, DOUANE G.P, DICK R, YAKPA E.
Cancer de l'œsophage. Etude de 46 cas du C.H.U de
Treichville (Abidjan).
Med. Afr.Noire, 1983, 30, 161-167
- 25- COSNES J, GENDRE J.P, LACAINL J,
NAVEAU S & LE QUINTREC Y-
Rôles compensateurs de l'iléon et du
Côlon restants après résection étendue
de l'intestin grêle.
Gastro-entérol clin Biol 1982, 6, 159-165

- 26- DEBRAY CH, MENDELZ J, POULIQUEN L
ET MARCHE CL.
Sur un volumineux cancer de l'estomac
à évolution lente avec une cirrhose hépatique
négative.
Sem. Hôp. Paris - 1973, 49, 2471-2473
- 27- DELAVIERRE PH, BOURDAIS J.P,
DEBBACH L, VAYRE P, GERMAIN M
Le cancer superficiel de l'estomac.
Intérêt toujours actuel de l'Et
therapeutique de R.A. Gutmann pour
diagnostic.
Ann. Gastro-enterol- Hepatol 1979, 49, 251-254
- 28- DUMOLE M, CHANAL S, WIDOREM S
Cancer ulcéroforme de l'estomac.
Sem. Hôp. Paris - 1973, 49, 1277-1279
- 29- DE MOOR G
Preliminary report of survey
conduct by the Johannesburg
group of hospitals on cancer
of the oesophagus on the Africa:
aims, policies and results.
S.A Med J, 1968, 42, 892-894
- 30- DERMER J, GIRAULT F, VINCLT B, FLEKTE F
Intubation par voie endoscopique des cancers
oesophagiens. Vingt-quatre.
Sem. Hôp. Paris- 1980, 56, 1431-1433
- 31- DERRIEN J.P. GAULTIER Y,
MONNIER A ET THOMAS J
Bilan de deux années d'endoscopie
oesogastro-duodenale à l'hôpital
Principal de Dakar.
Bull-Soc. Med.Afr.Noire Lgue Frise.
1978, 23, 453-453.

- 32- FAIVRE J, HILLON P ET KLEPPING C
Prevention des cancers Lésés: Colix
et polypectomie.
Gastro-enterol Clin Biol 1961, 1, 199-198
- 33- FAIVRE J, GOULET W, MARTIN R, MICHIELS R,
CABANNE F & KLEPPING C
Incidence des cancers Gastro-intestinaux dans une
population bien définie de 450.000 habitants.
GASTRO-ENTEROL Clin Biol 1970, 1, 815-821.
- 34- FAIVRE J, KLEPPING C
Epidémiologie des cancers Gastro-intestinaux
Ann. Gastro-enterol- Hepatol, 1980, 16, 129-138
- 35- FAIVRE J, LELLOUX J-L, FAIVRE M,
MARTIN ET KLEPPING C
Mise en place d'un registre des cancers
digestifs dans le département de la
côte-d'or.
(Methodologie-premiers résultats)
Gastro-enterol clin Biol 1977, 1, 983-993
- 36- FAIVRE J, MILAN C, HILLON B.C,
MICHIELS R, VIALO H, KLEPPING C
Incidence du cancer de l'oesophage
dans le département de la Côte-d'Or
Gastro-enterol clin Biol- 1961, 1, 251-254
- 37- FEKETE F, LANGOMNET F, GAYET B,
BRILL Ph
Traitement actuel des cancers de l'oesophage
thoracique.
Nouv. Presse- Med. 1982, 11, 111-114
- 38- GASTARD J, GOSSELIN M
Diagnostic clinique et radiologique
du cancer du Côlon gauche
Rev. Prat. 1979, 29, 1105-1117

- 39- GAETIER-BENOIT G, DEREGNAUCOURT L,
LI PRAT A
Forme familiale de cancer de l'œsophage
Gastro-entérol Clin Biol. 1971, 11, 11-13
- 40- SENDRON Y, ARDOUIN CH, LAURENT F,
SIROL J.
Les cancers de l'œsophage à Djibouti.
A propos de 36 observations et de 111 cas
en 2 ans.
Bull. Soc. Path. ex. 1977, 1, 74-82
- 41- SENDRON Y, COURAIL L. J, AUBRY F.
Le cancer de l'œsophage en milieu
tropical.
Med. Trop, 1983, 43, 253-262
- 42- GIULI R
Cancers de l'œsophage traitement
chirurgical et pronostic
C. R. 1974, 36, 2985-2988
- 43- SOMBE - MBALAWA CH
Le cancer au Congo. Etude épidémiologique.
Afr. Med, 1971, 20, 593-596
- 44- LOUELELT FIRMIN-ELIODEME
Le cancer de l'œsophage. A propos de 11 cas.
Thèse, Médecine, Brazzaville, 1962.
- 45- LOUZOV A. F
Les tumeurs en république populaire
du Congo. Etude anatomopathologique
Cahiers-laboratoire-National.Santé
publique. 1983, 2, 51-54
- 46- QUINDO A, DUFLO-MOREAU B, GENBILLE M,
DADU F, DUFLO B
Le cancer de l'estomac au Mali. Aspects
épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques
Ann. Gastro-entérol. Hepatol, 1979, 15, 23-26.

- 47- HALFON M.
La prévention des cancers de l'estomac.
Sem. Hôp. Paris. 1980, 50, 245-247.
- 48- HAUTEFEBULLE M., VALLUR P., CASTAING G.,
PIEL J.L., LECHE A., HODDARD R.,
VILLET R. & GALIAN A.
Influence de l'extension ganglionnaire
sur le Suivi après résection de cancers
gastriques infiltrants.
Gastro-enterol Clin Biol 1982, 6, 343-356
- 49- HUGUIER M., HOURY S. et LALAINE F.
Cancer de l'estomac = où en sommes-nous ?
Gastro-enterol Clin Biol 1982, 6, 843-846
- 50- HUGUIER M., LALAINE F.
Cancer de l'estomac. facteurs
pronostiques de survie.
Nouv. Presse. Méd. 1980, 9, 231-234
- 51- HUREAU J., DELAVIERRE Ph,
ANDREASSIAN B, LUYOT J
Cancer et tuberculose gastriques associés.
Sem. Hôp. 1973, 49, 2047-2048
- 52- HUREAU J, DELAVIERRE Ph, MAYRE M,
LEVASSEUR J-D, BOURDAIS J-P,
LABURTHE - TOLRA
Association de la gastrite agée
hypertrophique avec le cancer de
l'estomac et avec la polypose gastrique.
Sem. Hôp- Paris. 1973, 49, 2042-2046
- 53- HUREAU J, DELAVIERRE Ph, BOURDAIS J.P,
ROGE J.
La cancérisation de l'ulcère d'oesophage.
A propos de deux cas de cancer oesophagien
développé sur brachyoesophage dont l'un réa-
lisait le tableau d'ulcère dégénéré
Sem. Hôp. Paris. 1973, 49, 2037-2041

- 54- JENSEN OM, TUYNS AS,
RAVISEL P.
Cancer in Cameroon a comparative
frequency study Rev. Epide. Biostatist.
1978, 26, 147 - 159.
- 55- KAC J, ZUMMER B, ROUX J,
CHAVY A.
Le cancer de l'oesophage chez la femme.
Ann. Gastro-enterol. Hepatol, 1980, 15, 389-395
- 56- KADRANA R M
A radiological study of
Carcinoma of the oesophagus.
Centr Afr J Med, 1967, 13, 82-84
- 57- LADAM V, PLOOT M, ZETTORI R,
LEHY & SEGAL R.
Carcinome rectal avec metastases
osteo-condensantes- Apport diagnostique
de la microscopie electronique.
Gastro-enterol Clin Biol 1980, 4, 464-468.
- 58- LAGADEC B, LIBOURY CL, CONTE-MARTI J,
GUTMANN R.
Double cancer de l'estomac et du col.
Sem. Hôp. Paris. 1973, 49, 1280-1293
- 59- LAMBERT R. LE RIBET A
Comment améliorer la prévention du cancer
Colo-rectal en France.
Gastroenterol Clin Biol. 1979, 3, 609-614
- 60- LATRIVE J.P, LEQUETREU Y.
La prévention du cancer recto-colique.
Rev. Prat. 1979, 29, 1147-1151.
- 61- LAUMONIER R, TAYOT J, HALKIN E.
Les tumeurs inhabituelles du tube digestif
Sem. Hôp. Paris. 1979, 55, 1689-1699
- 62- LESBRE F-X
Dépistage du cancer Colo-rectal
Médecine et armées, 1979, 7, 919-921.

- 63- LIBESKIND M, LUCAGNE F, HALBRAN J,
ACARD O, REDELSPERGER P. Y.
Exérèse des tumeurs villoses du rectum
par voie anale transphérotomique.
Nouv. Presse-Med 1978,7, 134-136.
- 64- LUCZ J, ROSSIGNOL J, GASTHE C, HILBERGEL P
Duplication œsophagique et cancer de l'œsophage.
Sem. Hôp. Paris, 1978,49, 2667-2668.
- 65- LUKE GJ
An approach of the management of carcinoma
of the esophagus in the United
S. A. Med J, 1969,43, 674-679
- 66- MACKOUMBOU - N'KOUKA A, CLEMENT J.M, COULIBOUFJ,
RICOSSE J. H.
Distribution des cancers au sein en fonction
du sexe et de l'âge.
Méditerranée Med, 1968, N° 282, 13-21.
- 67- MARENTI A.
Gastrectomie sub-totale pour cancer
Importance de la dissection radicale de la
petite Courbe
Nouv.Presse- Med. 1981,10, 1971-1972
- 68- MANLAN K, GAGDET D, CHESUZAN R,
KOUAKOU N, CAMARA B.M, M'ORI B, M'ORI TH,
DANEL B, MOTTE M, ATTIA Y.
Detection des polypes et des cancers recto-
coliques dans une population d'hospitalisés
et de consultants au C.H.U de Cocody
Rev. Med. Côte d'Ivoire, 1983,17, 14-18.
- 69- MENDEZ J, FOURATI R, PAOLAGGI J.A,
HOUSSET P, CRESPON B, MARTIN E,
MARCHE CL, DEBRAY CH.
Ving-sept adeno-carcinomes superficiels
de l'estomac (Stade I et II)- Etude
diagnostique.
Sem. Hôp. Paris, 1979,59, 1166-1168.

- 70 - METMAN L.B.
Diagnostic clinique et radiologique
des cancers de l'œsophage.
Nouv. Press. Méd. 1978, 20, 1077-1100.
- 71 - MEYER J.
Relation alimentation-cancer de l'estomac
(Estomac, l'œsophage, l'œsophage et duodénum,
Gastro-entérol Clin Biol. 1977, 1, 371-387.
- 72 - MOREAUX J, MONTUPET R.
Cancer de l'estomac-désœsophagés et
survie. 408 malades opérés
Nouv. Presse- Méd. 1981, 10, 1133-1136.
- 73 - MOIR C.S.
Epidémiologie du cancer de l'œsophage
en France et dans le monde.
Gastro-entérol Clin Biol. 1981, 5, 239-242.
- 74 - NAZIR A
Geographical Incidence of
oesophageal cancer in west Kenya.
East. Afr. Med J, 1966, 43, 235-240.
- 75 - NEVIL G
Cancer of the oesophagus.
East Afr. Med J, 1961, 38, 314-324.
- 76 - PELOUX Y & FRANCO R
Contribution à l'étude du cancer
en région tropicale. A propos de dix années
d'activité du laboratoire d'histo-pathologie
de l'E. A. CIRSSST. D. M.
Med. Trop, 1966, 26, 477-482.
- 77 - PHILIPPE LESIEUR
Reflexions sur l'étiologie de l'
adénocarcinome gastrique.
Méditerranée Med, 1983, N°294, 15-25.

- 78 - PLUNKETT T.L. de, PIERON R,
DREYFUS F, MEYNIEL J
Carcinome coléique gauche et carcinome
cutané Onze ans après un carcinome
KAPOSI cutané et splénique .
Sem. Hôp. Paris-1982, 58, 1027-1030.
- 79 - POTET F
Lésions Coliques précancéreuses
Rev. Prat 1979, 29, 1667-1075.
- 80 - POTET F CABILLERIN J.P.
Population à haut risque et dysplasie
precancereuse de l'estomac =
définition et étude pratique.
Gastro-enterol Clin Biol 1982, 6, 454-461.
- 81 - QUENUM C.
Les cancers du tractus digestif au Sénégal.
Bull. Soc. Med. Afr-Noire,
1966, II, 703-720.
- 82 - QUENUM C, DAMBIN R, SAYEEL R
Epidémiologie et pathologie
géographique du cancer en Afrique
Med. Afr.Noire, 1971, 18, 165-187
- 83- RACHAÏL M, BRONDEL H, RACHAÏL-AMMOX A.
L'apport de la cytologie et de la
diagnostic endoscopique des cancers
recto-sigmoïdiens (A propos de 500 examens).
Sem. Hôp. Paris, 1979, 55, 1609-1609
- 84 - REYMONDON C, ROUSSEAU L, BOURGÈS P, DEME J.
Résultats d'une enquête statistique sur
la maladie Cancéreuse au Lange Brazzaville.
A propos de 502 cas relevés en 12 ans à l'Hôpital
A.Sicé de Pointe-Noire.
Med. Trop, 1967, 27, 417-422
- 85 - ROBILLARD J
Cancer de l'oesophage - Côté de recherche
de métastases occultes.
Nouv. Presse- Med.1981, 10, 1929-1931

- 86- ROUSSEAU D, DESCOTTES B, BROUSSEAU L,
KALFON M, CHIX M
Lancer du bas oesophage oesophagite
sub-totale sans thérapeutique et plastic
plastie retrainte. In un temps.
Bouv. Prusse. 1977,11, 217-220.
- 87- ROUX B, HILLENARD D, DELLA VIGNA R,
BOUREAU J, MARIE L, PULLER J.
L'association diverticulose sigmoïdienne
et cancer
Sem. Hôp. Paris 1973,49, 2086-2090
- 88- SEGAL S, DIOT J, MAFFIOLI C, SIBAL A
reflexions sur les progrès de l'endoscopie
depuis 1950 quant au diagnostic des lésions
tumvales coliques.
Ann. Gastro-enterol-Hepatol, 1980,12, 1-6
- 89- SOU A-M, ABBETTA M, GUY L, TOUM Y.I,
SANKALE M
La fibroscopie naso-gastro duodénale dans un
service de médecine interne à Dakar.
(Premiers résultats, à propos de 183 examens)
Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lang. Franç.
1977, 22, 110-120.
- 90- TACHE AMOKRANE
Contribution à l'étude du Cancer gastrique
en Algérie (A propos de 100) thèse, Médecine,
Alger, 1974.
- 91- TETE R, MORAILLON A, EVREUX M,
BOYER J.D, STREMSDOERFER N.
Intérêt de la Cobaltothérapie dans le
cancer de l'oesophage.
Ann. Gastro-enterol- Hepatol, 1979,15, 263-266
- 92- TOMAN R, GREGOR G, PASTORICE V, DRNKOVA V
Clinical and epidemiological
study of Colorectal cancer
Ann- gastro-enterol. Hepatol, 1982,18, 321-324

- 93 - TUYNS A.J & VERNHES J.C
La mortalité par cancer de
l'oesophage dans le département
du calvados et de l'Orne
Gastro-enterol Clin Biol. 1981, 5, 257-265
- 94 - TUYNS AJ AND RAVISSE P
Cancer in Brazzaville, the Congo
J Nat Cancer Inst, 1970, 44, 1121-1127
- 95 - VANDER HOEDEN R, HEIMANN R
Reticulosarcome de l'estomac
avec envahissement du foie, de la
rate et de la moelle osseuse.
Sem. Hôp. Paris, 1973, 49, 2675-2678
- 96 - VAYRE P, HILLEMAND P, DELAVIERRE Ph,
HUREAU J, LENRIOT J.P, SIMON Ph, JOST J.L.
Le cancer des anastomoses de gastroentéros-
tomie pour ulcère.
Sem. Hôp. Paris- 1973, 49, 2049-2051
- 97 - WEISSMAN A, RICHE M.C, CLOT M,
MAUDUIT M, GRELLET J.
Cancer rectocolique. Intérêt de la
mucographie pour le dépistage des lésions
associées et des cancers multiples
Nouv-Press- Med 1978, 7, 3627-3631
- 98 - WHITTAKER L R
Carcinoma of the oesophagus
EAST . Afr. Med J, 1964, 41, 430-438