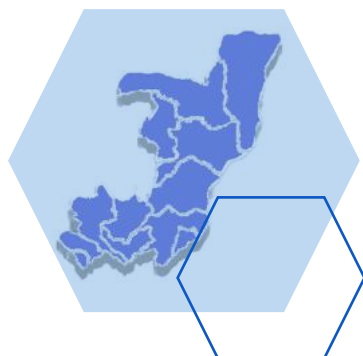
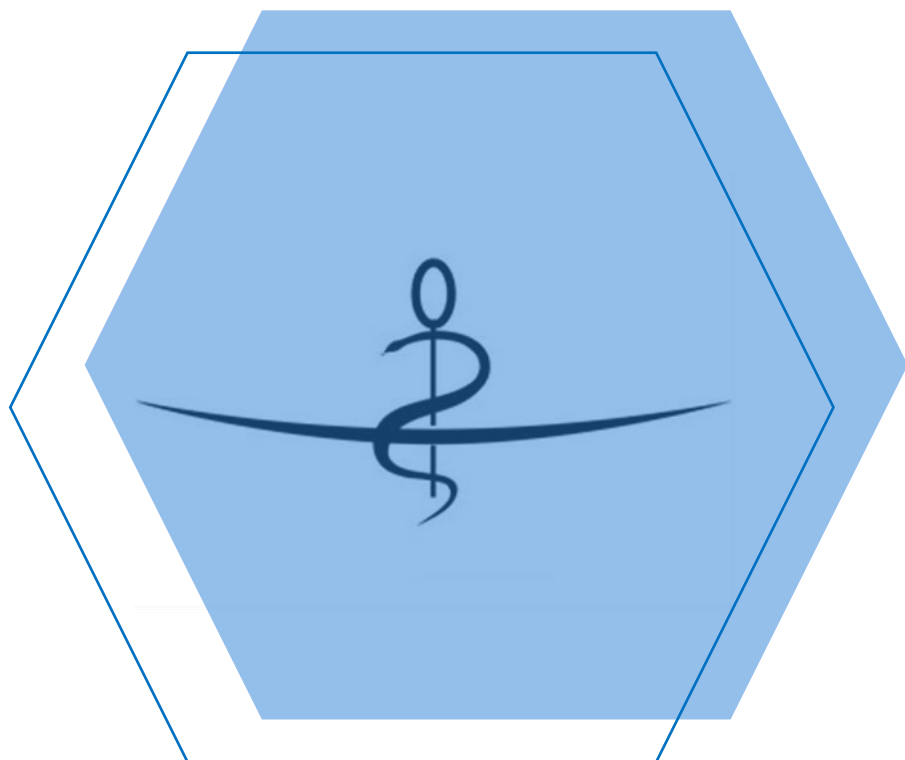


SANTÉ

MAGAZINE D'EXPRESSION DES
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
DU CONGO



**Numéro
spécial**

**Troisièmes Journées
Médicales**

**Dr Edith Lucie
BONGO ONDIMBA**

La Lettre Médicale du Congo

N°014 -.8000016

Juin 2023

Numéro d'ISSN 2119-9663

La lettre de la rédaction

Mesdames et Messieurs,

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Le Comité de rédaction a le plaisir de vous annoncer la parution du quatorzième numéro de la Lettre Médicale du Congo sous la forme d'un numéro spécial.

Cette revue diffusée exclusivement en ligne se veut être un mode d'expression de l'ensemble des professionnels de santé. Son but est de favoriser les échanges et de faire partager à la communauté médicale et paramédicale les expériences professionnelles en vue d'une amélioration des pratiques de chacun.

Le comité de rédaction a également le plaisir de vous informer que La Lettre Médicale du Congo est répertoriée dans **l'Index Medicus Africain** accessible à l'adresse suivante : <http://Indexmedicus.afro.who.int/>.

Cette base de données est gérée par la bibliothèque du bureau régional de l'OMS depuis 1993. Elle permet de répertorier les publications africaines pour faciliter une visibilité mondiale et encourager les publications locales.

De plus, La Lettre médicale du Congo est dorénavant également archivée à la Bibliothèque Nationale de France (BNF) sous la référence **ISSN 2119 9663**.

Vous trouverez ci-après les instructions aux auteurs permettant de soumettre des travaux, conformément aux recommandations internationales.

En souhaitant une bonne réception de ce magazine en ligne, veuillez croire en l'expression de nos salutations cordiales et confraternelles.

Rédacteurs en chef :

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani.Angers, France.

Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zandzou...Roubaix, France.

Responsable de la publication :

Dr Richard Bibi. Tours, France.

Responsable de la communication

Dr Florian Diakabana. Paris, France.

Membres de la rédaction:

Dr Jean Claude Ban.....Eureux, France

Dr Bertin Ebikili.....Le Mans, France

Dr Daniel Mbey.....Pontivy, France

Dr Raymond Mizele.....Orléans, France

Pr Alain Mouanga.....Brazzaville, Congo

Dr Roland Rizet.....Brazzaville, Congo

Pr Paulette Yapi Yapo....Abidjan, Côte d'Ivoire

Dr Hubert Ythier.....Roubaix, France

Dr Lionel-Ange Pougui.....Gatineau, Canada

Dr Monique L. Goma.....Baltimore, USA

Instructions aux auteurs

La **lettre médicale du Congo** publie des articles originaux, des éditoriaux, des articles de revue, des cas cliniques, des notes techniques et des lettres à la rédaction.

Les articles doivent être soumis par voie électronique au comité de rédaction :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

• **Politique de conflit d'intérêt** : un conflit d'intérêt se présente lorsque l'auteur entretient une relation, notamment d'ordre financier, avec un organisme ou une société commerciale pouvant influencer son travail. Pour publier un article dans le Journal, les auteurs doivent divulguer tout conflit d'intérêt, réel ou potentiel, en lien avec leur sujet, par l'intermédiaire du « Formulaire auteur » qui leur est envoyé par l'éditeur. Les affiliations des auteurs, y compris leurs liens aux entreprises dont les produits sont cités dans l'article, doivent apparaître dans la page de titre du manuscrit. Le Journal peut décider de ne pas publier un article sur la base de ces informations. La déclaration de conflit d'intérêt est publiée dans le Journal.

• **Vie privée et consentement éclairé des patients** : la vie privée des patients doit être respectée. Toute information d'identification (nom, référence hospitalière, etc.) doit être supprimée du texte comme des figures avant publication. Si une information permettant l'identification du patient est impérative à des fins scientifiques, elle doit s'accompagner d'un consentement éclairé écrit de la personne (ou de son tuteur). Dans le cas de l'utilisation d'une photographie présentant le visage d'un patient, le consentement éclairé de ce dernier est requis, l'anonymat complet étant dès lors difficile à mettre en œuvre.

Manuscrit

Les manuscrits complets sont soumis au format Word.

La disposition du manuscrit est la suivante :

- page de titre ;
- résumés et mots-clés ;
- texte comprenant :
 - 1) Introduction, 2) Patients et méthodes, 3) Résultats, 4) Discussion dans le cas des articles originaux,
 - 1) Introduction, 2) Observation, 3) Discussion, 4) Conclusion pour les cas cliniques;
- références, tableaux et légendes des figures.

La longueur maximale des manuscrits dactylographiés (figures et références exclues) dépend de la rubrique de publication :

- articles originaux : 15 pages ;
- éditoriaux : 6 pages ;
- articles de revue : 20 pages ;
- cas cliniques : 4 pages ;
- lettres à la rédaction : 2 pages.

Numéroter les références, les illustrations et les tableaux en fonction de leur ordre d'apparition dans le texte et en utilisant des chiffres arabes.

Limiter le nombre d'abréviations, définir le terme complet correspondant lors de sa première apparition dans le texte et éviter l'emploi des abréviations dans le titre et le résumé.

Citer les entreprises pharmaceutiques ou biomédicales dont le matériel est mentionné dans le texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'entreprise et sa localisation géographique. Indiquer les remerciements et les sources de financement en fin de texte.

Page de titre

La page de titre inclut le titre de l'article, le prénom et le nom de chaque auteur, le nom des services et des institutions d'où provient le travail, le nom, l'adresse, le téléphone, l'adresse mail et/ou le fax de l'auteur correspondant.

Résumés et mots-clés

Un résumé en français et/ou anglais n'excédant pas 200 mots accompagnent le manuscrit. Ce résumé sera structuré de la façon suivante : objectif ; méthodes ; résultats ; conclusion. Les résumés des articles de revue, cas cliniques et notes techniques n'ont pas besoin d'être structurés. Pour ces deux derniers types d'articles, la longueur du résumé ne doit pas excéder 75 mots.

Références

Les références sont numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (chiffres arabes entre crochets). Les communications personnelles, manuscrits en préparation et autres données non publiées ne doivent pas figurer dans la liste des références mais seront cités dans le texte entre parenthèses. Le nombre de références est limité à 20 pour les articles originaux, 8 pour les cas cliniques et 5 pour les notes techniques. Les titres des journaux sont abrégés selon l'Index Medicus. Les références sont présentées dans le format dit « de Vancouver » :

- **Périodiques** : Fedoruk LM, Jamieson WR, Ling H et al. Predictors of recurrence and reoperation for prosthetic valve endocarditis after valve replacement surgery for native valve endocarditis. J Thorac Cardiovasc Surg 2009 ; 137 : 326-33.

Indiquer tous les auteurs jusqu'à 6 ; lorsqu'il y a plus de 6 auteurs, citer les 3 premiers suivis de la mention « et al. ».

- **Livres**: Shields TW, LoCicero J, Reed CE, Feins RH, eds. General thoracic surgery. 7th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

- **Chapitre d'un livre**:

Fox KAA. Reperfusion injury. A clinical perspective. In : Yellon DM, Jennings RB, eds. Myocardial protection : The pathophysiology of reperfusion and reperfusion injury. New York : Raven Press Ltd, 1992 : 151-63.

Si la référence est un résumé, celui-ci doit être identifié en tant que tel par la mention « Abstract », figurant entre parenthèses après la page correspondante.

Tableaux

Ils sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte.

Le contenu des tableaux ne doit pas faire double emploi avec celui du texte. Les abréviations figurant dans un tableau seront définies en bas de celui-ci. Le tableau est accompagné d'un titre explicatif.

Figures et illustrations

Les schémas, figures, photos et autres illustrations sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte. Ils doivent être soumis sous format jpeg haute définition (300 dpi). Chaque figure comporte un titre explicatif

Sommaire

Lettre de la rédaction

Instructions aux auteurs

Sommaire

Billet du comité de rédaction

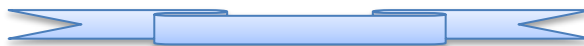
ÉDITORIAL

- Les 3^{èmes} journées médicales Edith Lucie Bongo Ondimba.
JB.NKoua MBon.

ABSTRACTS MEDICAUX

- 87 résumés présentés

Contact



Billet du comité de rédaction

Le comité de rédaction de la Lettre Médicale du Congo a le plaisir de vous adresser 2 numéros spéciaux consacrés aux 3e Journées médicales qui se sont déroulées en mars 2023, dans la partie septentrionale du Congo Brazzaville.

Ces journées ont donné l'occasion à la communauté médicale congolaise de présenter ses travaux et aussi d'échanger avec des confrères provenant d'Afrique et d'Europe qui ont également fait part de leurs expériences respectives. Ces rencontres et riches échanges permettent de renforcer les coopérations médicales Nord-Sud et Sud-Sud, pouvant conduire à établir des collaborations dans l'intérêt des patients.

Compte tenu de la richesse et de la diversité des thèmes abordés, à la demande du Comité scientifique de ces journées médicales, le Comité de rédaction met les travaux exposés à la disposition des lecteurs de la revue, dans deux numéros spéciaux de la Lettre Médicale du Congo.

Ces 2 numéros comprendront l'ensemble des résumés des communications orales qui ont été présentées lors de ces journées.

Le numéro 14 est exclusivement consacré à la cancérologie et aux soins palliatifs, il contient des sujets sur les aspects généraux des cancers, les cancers gynécologiques, les cancers du sein, les cancers digestifs, les cancers hématologiques, les cancers de la prostate, les autres cancers ainsi que la gestion des soins palliatifs.

Les autres disciplines médicales abordées lors de ces rencontres médicales seront répertoriées dans un prochain exemplaire : le numéro 15. Dans ce dernier la thématique intéressera les maladies tropicales, émergentes et réémergentes à savoir : les pathologies infectieuses, cardiovasculaires, neurologiques, métaboliques et endocriniennes, hémoglobinopathies, innovations en médecine et gouvernance hospitalière.

Nous vous en souhaitons un bon accueil et une agréable lecture.

Le Comité de rédaction



Éditorial

Les 3^{èmes} Journées Médicales Dr Edith Lucie Bongo Ondimba.

Pr JB NKOUA MBON, MD.

Cancérologue.

Président de l'organisation des 3emes journées médicales Edith Lucie Bongo Ondimba.

Du 8 au 9 mars 2023, se sont tenues les 3emes journées médicales Edith Lucie Bongo Ondimba à Oyo, dans le nord du Congo Brazzaville, sous le haut patronage du Président de la République.

Cette messe au cours de laquelle fut célébré un grand commerce scientifique, a réuni plus de 300 participants dont 160 étrangers venus de l'Europe, des pays du Maghreb et d'Afrique au sud du Sahara. Les cancers en ont été l'un des thèmes majeurs.

Des conférences et communications en relation avec ce thème ont été de très bonne facture. Ce moment a été une occasion pour de nombreux jeunes oncologues du continent de s'exprimer avec enthousiasme.

Leur dynamisme montre combien il est essentiel de continuer à former de jeunes médecins pour occuper demain tous les secteurs de l'oncologie.

Au regard de tous ces discours, il nous faut nous préparer à nous arrimer à la cancérologie du futur.

Nous avons donc compilé dans ce numéro spécial les communications phares délivrées par les participants.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Abstracts Médicaux

CANCERS ET SOINS PALLIATIFS

1. CONFÉRENCE INAUGURALE : LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS À L'ÉPREUVE DE LA COVID19: QUELLES PERSPECTIVES POUR LES PANDÉMIES FUTURES

Serigne Magueye GUEYE. MD, FWACS . Professeur Titulaire des Universités ; Campus Franco-Sénégalais (CFS). Dakar , Sénégal

ASPECTS GENERAUX DES CANCERS

2. ECHO ENDOSCOPIE BRONCHIQUE EN CANCEROLOGIE.

Jounieaux V. Pneumologie et soins continus respiratoires. CHU Amiens. France.

L'exploration des aires ganglionnaires médiastinales est essentielle dans le staging des cancers bronchiques pour en établir le stade TNM. En effet, tout cancer bronchique présentant une extension ganglionnaire médiastinale homolatérale (N2) ou controlatérale (N3) ne relève pas d'une sanction chirurgicale. En imagerie, les adénopathies médiastinales suspectes d'être métastatiques se présentent en TDM comme des adénopathies supracentimétriques (dans le petit axe) ou en TEP-Scan comme des adénopathies hypermétaboliques ($SUV_{max} > \text{bruit de fond médiastinal}$). Néanmoins, l'imagerie nécessite d'être confirmée par un prélèvement cytologique. Les adénopathies des aires 4R et 7 peuvent être ponctionnées à l'aveugle au cours d'une bronchoscopie souple lorsque leur diamètre est > 20 mm. Dans les autres cas, la ponction des adénopathies sous échoendoscopie bronchique est recommandée. Dans cette situation, la méta-analyse publiée par Gu et al retrouve une excellente rentabilité diagnostique de l'échoendoscopie bronchique avec une sensibilité de 93% (IC 95% : 91-94%) et une spécificité de 100% (IC 95% : 99-100%) [Eur J Cancer. 2009;45 :1389-96]. L'échoendoscopie bronchique a montré aussi sa performance pour le diagnostic des cancers bronchiques ou des cancers extrathoraciques avec extension médiastinale. Il s'agit d'une technique fiable, accusant une faible morbidité et une mortalité nulle. Elle est aussi utile pour le diagnostic de pathologies non tumorales comme la sarcoïdose ou la tuberculose [Wallyn F, Fournier C, Jounieaux V., Basille D. Rev Mal Respir. 2023, 40(1) : 78-93].

3. CRIBLAGE BIOGUIDE DES MOLECULES DE *DALDINIA CONCENTRICA* A POTENTIALITE ANTICANCEREUSE

Orango Bourdette JO^{1,2,3}, *Laboratoire de Recherche en Biochimie, Université des Sciences et Techniques de Masuku, Franceville, Gabon¹. Laboratoire de Biomolécule : Conception, Isolement et Synthèse, Université Paris Saclay, Paris, France². Institut de Recherche Technologique, Libreville, Gabon³.*

Maladie redoutée, le cancer est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité à l'échelle mondiale et ce, en dépit de tout l'arsenal thérapeutique déjà existant. En effet, un ensemble d'événements adverses associés à ces traitements existant altère la conformité des patients à long terme aux médicaments et leur qualité de vie. Fort de ce qui précède, la découverte de nouveaux médicaments, issus de substances naturelles, susceptibles de générer moins d'effets secondaires demeure un défi majeur actuellement. Ainsi, l'objectif de ce travail était d'isoler des molécules à potentialité anticancéreuses chez *Daldinia concentrica*, champignon médicinaux du Gabon. Pour ce faire, une extraction au dichlorométhane-méthanol était réalisée, puis un criblage de molécules contenues dans l'extrait était réalisé par LC-MS². Les données recueillies ont permis de générer un réseau moléculaire dans le but de repérer les groupes de familles contenues. Ensuite un fractionnement bioguidé suivi d'une purification par chromatographie préparative ont été effectués et la molécule isolée a pu être identifiée par RMN. L'activité anticancéreuse a été réalisée par la méthode colorimétrique au MTT sur la lignée cancéreuse d'adénocarcinome de poumon (A549), la lignée du cancer de la prostate (PC3) et sur la lignée saine de la prostate PNT2. Les résultats obtenus montrent que l'extrait étudié possède de nombreuses molécules parmi lesquelles est retrouvée en réseau moléculaire une famille appartenant aux cytochalasines. Dans cette famille, a pu être isolée la sacchalasine. L'extrait brut et la fraction étudiée présentaient des pourcentages de viabilité cellulaire moins grand que ceux de la sacchalasine, soit respectivement 42%, 43% et 74% pour la lignée A549 ; 43%, 39% et 86% pour la lignée PC3 et 18%, 20% et 77% pour la lignée PNT2. *Daldinia concentrica* possède une cytotoxicité contre les lignées cellulaires saine et cancéreuse. Cette cytotoxicité est plus prononcée dans l'extrait brut et la fraction étudiée que dans la molécule isolée. Toutefois, sa composition en cytochalasines, molécules reconnues comme agent anticancéreux dans la littérature, pourrait être à l'origine de son activité anticancéreuse.

Mots clés : Cancer, cytochalasine, isolement, activité anticancéreuse, MTT.

4. METHODES DE PRESERVATION DE LA FERTILITE EN CANCEROLOGIE

Ingala AP. *Professeur associé au département de gynécologie obstétrique, service de gynécologie, unité d'oncologie, Université de Kinshasa / RDC.*

Introduction : Les cancers et leurs traitements peuvent être causes d'infertilité ou de stérilité chez la femme comme chez l'homme. La prévention de ces complications a conduit à plusieurs recherches qui ont abouti à la mise au point de différentes méthodes de préservation de la fertilité actuellement en application. La présente communication est une revue de ces méthodes pour un choix judicieux de leur utilisation.

Méthode : La présente communication est un résumé des connaissances tirées de la revue de la littérature sur l'impact négatif des cancers et leurs traitements sur la fertilité et les moyens d'y remédier.

Résultats : Le recours aux méthodes de préservation de la fertilité en cancérologie tient au désir de maternité. Les mécanismes pathogéniques des cancers et leurs traitements conduisant à l'infertilité se résument en : altération des structures anatomiques gonadiques, castration, toxicité directe sur les cellules reproductrices, ablation totale ou segmentaire de l'appareil de reproduction. Les cancers les plus incriminés sont les leucémies, les agents chimiothérapeutiques les plus incriminés sont les Alkylants, la radiothérapie la plus incriminée est celle qui est mal dosée, non fractionnée, et effectuée sur de grandes surfaces corporelles, sur ou près des gonades.

Méthodes de préservation de la fertilité : pour le sexe féminin : stimulation suivie de FIV et cryoconservation des embryons, cryoconservation (vitrification) des ovocytes matures, cryoconservation des tissus gonadiques (ovaires), cryoconservation des ovocytes immatures suivi de MIV. Pour le sexe masculin : cryoconservation du sperme, conservation des tissus gonadiques : testicules. Alternatives pour les deux sexes : don d'ovocytes, adoption. Les modalités d'accomplissement de chaque méthode sont spécifiques à chacune d'entre elles. Les obstacles à l'application sont d'ordre éthique et les inconvénients essentiellement, le risque de retard de la chimiothérapie, les frustrations et la stigmatisation.

Conclusion : Les situations devant lesquelles une méthode de préservation de la fertilité devient nécessaire en cancérologie existent et doivent toujours être recherchées et discutées avant d'entamer le traitement.

Mots clés : Méthodes- Préservation-Fertilité-Cancérologie.

5. TRANSFUSION SANGUINE EN ONCOLOGIE : EXPERIENCE DU SERVICE ONCOLOGIE ET HEMATOLOGIE CLINIQUE DU CHU BOGODOGO (CHUB) A OUAGADOUGOU

Bambara HA. UFR/SDS, Université Joseph KI-ZERBO Ouagadougou, Service oncologie hématologie clinique CHU Bogodogo Ouagadougou. boubabambara@hotmail.com

Objectif : Etablir le bilan des activités de transfusion sanguine dans le service d'oncologie et hématologie clinique du CHU B du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Juin 2019.

Méthode : Etude transversale descriptive à collecte rétrospective qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Juin 2019 dans le service oncologie hématologie clinique du CHUB. Etaient inclus tous patients suivis pour cancer et ayant été transfusés dans le service durant la période d'étude.

Résultats : Patients ayant bénéficiés de la transfusion sanguine étaient au nombre de 189 soit 40,47% des patients hospitalisés pour tumeurs malignes. Le sexe féminin était le plus noté avec 112 patientes (59,26 %). L'âge moyen était de 47,96 ans [16 et 84 ans]. Les Produits Sanguins Labiles (PSL) transfusés représentaient 18,12 % des PSL utilisés au CHU de Bogodogo. Le groupe sanguin O a été transfusé chez 42,86 % des patients suivi du groupe B avec 29,63%. Le taux moyen d'hémoglobine était de 6,35 g/dl [1,09 et 8,8 g/dl]. Le Concentré de Globule Rouge (CGR) représentait 85,15% (780 poches) des PSL utilisés. Les cancers solides étaient au nombre de 100 (52,91%). Les cancers ayant le plus bénéficiés de transfusion de PSL étaient les cancers du sein suivis celui de col utérus. Les patients métastatiques représentaient 74% des transfusés. Les patients ayant bénéficiés du protocole cisplatine- Paclitaxel représentaient 25 % des patients sous chimiothérapie transfusés.

Conclusion : La transfusion sanguine était fréquente dans le service avec une prédominance de la transfusion de CGR.

Mots clés : transfusion sanguine, Produits Sanguins Labiles, cancers, Ouagadougou.

6. MISE EN PLACE DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) AU CHU DE TREICHVILLE A ABIDJAN : CAS DE LA RCP ONCO-UROLOGIQUE

Odo BA, *Service de cancérologie du CHU de Treichville Abidjan Côte-d'Ivoire.*

Introduction : Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en sont des lieux d'échanges formalisés permettant de légitimer et d'optimiser les décisions médicales prises de façon collégiale pour une pathologie présentant des situations cliniques et thérapeutiques complexes. Ainsi, depuis Mars 2021, ont débuté au CHU de Treichville des réunions de concertations pluridisciplinaires parmi lesquelles la RCP onco-urologie se déroulant une fois par semaine.

Objectif : faire le bilan d'activité de la RCP onco-urologie au CHU de Treichville.

Méthodologie : étude transversale visée descriptive avec recueil rétrospectif des données du 10 mars 2021 au 31 décembre 2022 (21 mois) incluant tous les dossiers de patients présentant une tumeur urologique et présentés à la RCP onco-urologie.

Résultats : Durant la période d'étude, 138 dossiers ont été présentés sur les 89 RCP réalisées avec une moyenne de 1,55 dossier par RCP et des extrêmes de 0 et 7 dossiers. Le quorum de spécialiste était respecté dans 80 %. L'âge moyen était de 59,51 ans avec des extrêmes de 18 et 86 ans. Les dossiers les plus discutés concernaient les tumeurs de la prostate (67,19%), du rein et de la vessie avec chacun (14,06%). Une confirmation anatomo-pathologique était retrouvée dans 85,94%. 70,31% des tumeurs malignes discutées étaient métastatiques. Il s'agissait de nouveaux patients (85,94%). Un problème thérapeutique a été posé dans 84,37% des cas. Les décisions ont été prises conformément aux référentiels dans la majorité des cas ; les autres, plus complexes, ayant imposé un consensus basé sur des données de la littérature.

Mots-clés : *Concertation Pluridisciplinaire, Cancers urologiques, CHU-Treichville, Abidjan.*

7. ETAT NUTRITIONNEL DES PATIENTS TRAITES POUR PATHOLOGIES CANCEREUSES A L'UNITE DE PRISE EN CHARGE D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DE LUBUMBASHI (RD CONGO)

Kanteng G. Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Département de Pédiatrie, BP1825. gkanteng@yahoo.fr

Introduction : le cancer de l'enfant englobe une série de pathologies lourdes, au pronostic varié, ayant des répercussions sur l'état nutritionnel du malade. Cette étude a pour objectifs de déterminer l'état nutritionnel initial des enfants admis pour prise en charge oncologique et de déterminer l'évolution nutritionnelle au décours de la prise en charge.

Méthodologie : une étude descriptive longitudinale a été menée, concernant les enfants admis et suivis en unité de prise en charge d'oncologie pédiatrique des Cliniques Universitaires de Lubumbashi (RD Congo). Sur la période allant de 2014 à 2018, un total de 44 cas ont ainsi été colligés. Les courbes NCHS, générés par le logiciel ENA 2007 ont été utilisées comme références.

Résultats : l'âge moyen des enfants était de $84,5 \pm 53,2$ mois. Le sexe-ratio était de 0,69 en faveur des filles. La plupart des cas provenaient hors de l'agglomération de la ville de Lubumbashi avec 63,6%. Le néphroblastome, le rétinoblastome et la leucémie aigue lymphoblastique étaient les pathologies les plus fréquentes ; la durée moyenne de la maladie était de $1,6 \pm 1,3$ ans. A l'admission, la prévalence de l'insuffisance pondérale (< -2 z-score) était de 28,6% (14,9-42,2 IC), tandis qu'au décours du traitement, cette prévalence était de 36,7% (19,4-53,9 IC). Le déficit pondéral était plus présent chez les patients ayant une maladie dont la durée était précoce (avant 6 mois), puis plus tardivement (après 1 an). Ce déficit était par ailleurs davantage observé dans les cancers au stade de mauvais pronostic (décès, perdus de vues,...).

Conclusion : l'intégration d'une prise en charge nutritionnelle systématique devrait faire partie intégrante du suivi des enfants cancéreux pour améliorer leur pronostic.

Mots-clés : Cancer, enfant, état nutritionnel, malnutrition, RD Congo.

8. EXPERIENCE ALIMENTAIRE DES PATIENTS AU COURS DE LA CHIMIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE A OUAGADOUGOU

Bambara AT. *Service de Cancérologie du CHU Yalgado Ouédraogo.*

Objectif : Décrire l'expérience alimentaire des patients au cours de la chimiothérapie au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique concernant les patients ayant fait l'objet d'une prescription de chimiothérapie et ayant été suivis tout au long de ce traitement. Leurs habitudes alimentaires initiales et les stratégies d'adaptation alimentaires en cours de chimiothérapie ont été recueillies au cours d'entretiens pendant les consultations d'oncologie médicale. Le score de consommation alimentaire et le score de diversité alimentaire avant le début de la chimiothérapie et pendant la chimiothérapie ont été comparés.

Résultats : Nous avons colligé 102 patients âgés en moyenne de 49,19 ans. Ces patients se nourrissaient habituellement à base de céréales et tubercules locaux accompagnés de légumes et de protéines animales. Au cours de la chimiothérapie, 81,4% des patients ont présenté des altérations gustatives et olfactives quantitatives et qualitatives. Le score moyen de consommation alimentaire était de 58,5 avant la chimiothérapie et de 57,5 pendant la chimiothérapie ($p = 0,005$). Le score moyen de diversité alimentaire au cours de la chimiothérapie est de 5,27 contre 4,9 avant la chimiothérapie ($p < 0,0001$). Pendant la chimiothérapie, cinquante patients consommaient quantitativement moins de repas et 20 patients avaient augmenté leurs apports alimentaires.

Conclusion : La mise à la disposition des patients atteints de cancer des nutritionnistes et diététiciens améliorerait leur expérience alimentaire pendant la chimiothérapie.

Mots clés: *Cancer ; Alimentation ; Nutrition ; Chimiothérapie ; Burkina Faso.*

9. CAUSES PROBABLES DES DECES DANS UNE UNITE D'ONCOLOGIE MEDICALE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Atenguena Okobalemba E. FMSB – UYI, atenguenatien2002@gmail.com

Introduction : Le cancer est un problème de santé publique. C'est la première cause de décès prématuré à travers le monde. Au Cameroun, on a dénombré 20745 nouveaux cas de cancer chaque année et 13199 décès liés aux cancers. De nombreux moyens de traitement existent et permettent aux patients de vivre mieux, et plus longtemps. En Afrique, la majorité des patients ont un cancer avancé au moment du diagnostic. Les stades avancés expliquent la forte mortalité mais non la circonstance immédiate du décès. Celle-ci est indépendante du cancer dans la majorité des cas. Nous nous sommes proposé d'étudier les circonstances du décès en hospitalisation conventionnelle d'oncologie médicale, dans un pays africain.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive avec collecte rétrospective des données au service d'Oncologie Médicale de l'Hôpital Général de Yaoundé du 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021. Pour déterminer la cause immédiate de décès, un exemplaire du modèle international du certificat médical de décès a été rempli par sur la base des données cliniques et paracliniques contenues dans le dossier.

Résultats : Nous avons colligé 116 décès. Le sex-ratio était de 0.71. L'âge moyen était de 52.9 ± 14.1 ans, avec des extrêmes 16 et 82 ans. Le sein était le site primitif le plus fréquent. Les patients avaient un cancer à un stade avancé au diagnostic dans 93,1 % des cas. Trois causes immédiates de décès occupaient le premier rang : la défaillance multi viscérale, l'association cancer et sepsis, le sepsis.

Conclusion : Les patients qui décèdent en hospitalisation conventionnelle d'Oncologie Médicale ont un cancer à un stade avancé. La défaillance multi viscérale, l'association cancer et sepsis, ainsi que le sepsis sont les trois premières causes de décès immédiat.

Mots clés : causes de décès, cancer, Cameroun.

10. ACCESSIBILITE AUX ANTICANCEREUX A BRAZZAVILLE

Zerbo N A. *Service oncologie hématologie clinique CHU Bogodogo Ouagadougou.*
boubabambara@hotmail.com

Introduction : Les prix onéreux des médicaments anticancéreux, sont responsables d'inégalités d'accès aux thérapeutiques. Un tiers de la population mondiale n'a pas un accès fiable aux médicaments dont elle a besoin. A l'instar d'autres pays, la République du Congo n'est pas en marge de ces difficultés.

Objectif : étudier l'accès aux médicaments anticancéreux dans les pharmacies de ville à Brazzaville.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude descriptive transversale, qui s'est déroulée du 1^{er} décembre 2020 au 19 février 2021 dans les pharmacies et le service de cancérologie du CHU de Brazzaville. Les rapports de côte ont été calculés pour déterminer l'influence des difficultés sur la rupture thérapeutique. Le seuil de signification était de 5 %.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 50,97 ans $\pm$ 13,80 ; 42% étaient sans emploi. Le revenu médian était de 50.000 FCFA. L'absence d'assurance maladie a été notée chez 96% des patients. L'irrégularité d'approvisionnement était retrouvée chez 85,71% des pharmacies. La distance moyenne parcourue pour l'achat des médicaments était de 8,98 km $\pm$ 4,99. Les patients qui payaient en totalité leur médicament représentaient 85%. Le prix médian d'une cure mensuelle était de 200.000 FCFA. Il y'avait une relation statistiquement significative entre la régularité du traitement et les difficultés financières ($p = 0,009$).

Conclusion : l'accès aux anticancéreux était limité par les difficultés financières et une faible accessibilité géographique. Il apparaît urgent d'instaurer des mesures de financements alternatifs et d'assurance maladie obligatoire.

Mots clés : *accessibilité-anticancéreux-Brazzaville.*

11. ASPECTS THERAPEUTIQUES DES CANCERS A POINTE NOIRE

Gatali CFS. Service de cancérologie, Hôpital général de loandjili ; Faculté des sciences de la Santé, Brazzaville, Congo. christianngatali2003@yahoo.fr

Objectif : Déterminer les aspects thérapeutiques des patients atteints de cancer à pointe noire.

Patients et méthode : Il s'est agi d'une étude descriptive rétrospective qui s'est déroulée dans le service de cancérologie de l'hôpital général de Loandjili de Pointe Noire, pendant la période allant de janvier 2019 à janvier 2021, soit une période de 2 ans. Tous les patients ayant un cancer prouvé histologiquement et ayant un bilan d'extension au moins et ayant reçu au moins un traitement spécifique et / ou symptomatique. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le niveau d'études, le type de traitement, les effets secondaires du traitement et la survie. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Excel 2019 et graph pad prism version 9.

Résultats : 100 dossiers ont été collectés. L'âge moyen des patients était de $54 \pm 11,3$ ans avec des extrêmes allant de 28 à 90 ans. Les hommes représentaient 60% les femmes 40%. Le niveau d'études était primaire dans 70% de cas. La chimiothérapie, la chirurgie et la radiothérapie étaient indiquées respectivement dans 74%, 49% de cas et 32% de cas. La thérapie ciblée indiquée dans 14 % de cas. Les effets secondaires hématologiques et digestifs étaient les plus représentés dans 60 % et 100 % de cas. Le taux de survie médiane était de 29 mois pour le cancer du sein.

Conclusion : La chimiothérapie est la modalité thérapeutique la plus indiquée dans le traitement des cancers à pointe noire.

Mots clés : cancer, thérapeutiques, Pointe Noire

12. TROIS ANS D'EXPERIENCE EN RADIOTHERAPIE SUR UN ACCELERATEUR LINEAIRE HALCYON 2.0 AU CENTRE DE RADIOTHERAPIE MUK ET MASEB A KINSHASA

DAO Abou, *Centre de radiothérapie MUK et MASEB, Kinshasa RDC.*

Introduction_: Le 08 mars 2020, le centre de radiothérapie a été inauguré par la plus haute autorité de la République Démocratique du Congo (RDC). Le centre est équipé d'un scanner simulateur GE pour les simulations et d'un accélérateur linéaire Halcyon version 2.0 qui permet une radiothérapie utilisant les techniques IMRT et VMAT. Quel bilan peut-on faire de notre pratique après 34 mois de fonctionnement ?

Objectif_: décrire le profil clinico-pathologique et les résultats thérapeutiques obtenus.

Patients et méthode : il s'agit d'une étude de cohorte avec collecte rétrospective portant sur les patients traités du 27/02/2020 au 31/12/2022. Tous les patients admis sont inclus. Les patients n'ayant pas été irradiés pour diverses raisons (crainte des effets secondaires, décès avant l'irradiation) ont été exclus. Les données ont été saisies et analysées sur SPSS 21.

Résultats : Durant 34 mois de fonctionnement, 289 patients ont été irradiés dans notre centre. 75% des patients étaient de sexe féminin. Le but de l'irradiation était palliatif dans 14% des cas. Les localisations les plus irradiées étaient le col utérin (54%), le sein (30%), le rectum (7%), l'ORL (4%), la prostate (3%), sarcome (2%). La plupart des cancers étaient localement avancés (85%). L'étalement moyen pour les cancers du col utérin était de 53 jours. Les effets secondaires liés à la radiothérapie étaient une radiodermite ou radiomucite grade 1 dans la plupart des cas. Nous avons enregistré 17 cas de décès au sein de notre

Conclusion_: la mise à disposition de l'HALCYON en RDC est une aubaine pour des soins complets en oncologie.

13. MAJOR OBSTACLES TO TREATMENT AND COMPLIANCE: A HOSPITAL SURVEY ON ADHERENCE AND BARRIERS TO CARE IN ONCOLOGY

Bell ED, *Faculty of Medicine and Pharmaceuticals Sciences, University of Douala; Douala General Hospital.* estherdinabell@gmail.com

Cancer is now a public health problem in Cameroon, with an ever-increasing incidence and high mortality. Nearly 80% of patients are diagnosed at an advanced stage (locoregional stage or generalized stage) and chemotherapy and/or palliative care represent the primary care options for these patients. In the majority of resource-limited countries, treatment plans are difficult to follow for a variety of reasons, and the primary consequence of this lack of compliance is resistance to specific treatments even for cancers with known sensitivity profiles to targeted therapies. Identifying the factors of non-compliance can enlighten clinicians and decision-makers on those that may be avoidable or mitigated. A cross-sectional hospital survey was conducted in two health facilities in the city of Douala that treat cancer patients (Douala General Hospital and Yassa Gyneco-Obstetric Hospital). Patients seen in consultation were asked to answer a series of pre-selected questions (based on the reasons for non-adherence stated by the patients during routine oncology consultations) during a directive interview. The data were analysed using Excel software and focused on descriptive statistics. Of the 30 patients seen in consultation on the day of the survey, 15 agreed to participate in the survey. The median age was 41 years with extremes of 20 and 64 years. Seventy-one percent of the participants were women, and breast cancer was the most common (78% of cases). All patients surveyed were undergoing chemotherapy and all patients answered "yes" to the question of whether their treatment had ever been interrupted for various reasons. Among the barriers identified, 40% of patients had a low level of understanding of the disease and 27% a low level of understanding of the treatment. In 60% of cases, the monthly cost of chemotherapy treatment varied from 100,000 to 300,000 CFA francs (in a country where the monthly income per capita is 76 000 francs cfa); and 60% of patients reported having stopped treatment due to insufficient funds for the purchase of anti-cancer drugs. In 20% of cases, the interruption of treatment was linked to the side effects of chemotherapy, and in 6% of cases it was linked either to the choice of alternative or traditional medicine, or to the will of the family council, or to the unavailability of the drug in pharmacies, or to a poor understanding of the rhythm of chemotherapy. Non-compliance with oncology treatment in Cameroon can be explained by economic, toxicity-related, sociocultural and family-related causes, linked to a lack of communication and accessibility to care.



14. NEUTROPENIES FEBRILES CHIMIO-INDUITES : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET EVOLUTIF ; EXPERIENCE DU CHU DE BRAZZAVILLE

Ngo Tega N, Service de carcinologie du CHU de Brazzaville. ngonicolette@yahoo.fr

Objectif : Décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients présentant une neutropénie fébrile chimio induite dans le service de Carcinologie du CHU de Brazzaville.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale à visée descriptive, qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2022 au 1^{er} septembre 2022. Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques socio démographiques, les signes cliniques, paracliniques et l'évolution des patients. Les données ont été analysées grâce au logiciel Epi-info version 7.2.5 .0. La régression logistique simple nous a permis d'étudier les facteurs liés au décès. Les rapports de côtes ou odds-ratio (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95%) pour $p < 0,05$ ont été calculés selon le test de Wald.

Résultats : Notre étude a porté sur 62 patients. La moyenne d'âge était de 48,88 ans $\pm$ 14,77. la tranche de la population présentant une comorbidité était 30,65%. 67,74% avait un cancer au stade métastatique. 53,23% (33 patients) de la population avait déjà présenté un épisode de neutropénie. Les NF se sont développées assez précocement. Dès la première cure de chimiothérapie, 40,35% de la population a présenté une neutropénie fébrile. La plupart des neutropénies fébriles sont survenues entre la 2^{ème} et la 3^{ème} cure. Le protocole Doxetaxel avec 41,93% était le plus pourvoyeur de NF. Les protocoles à base de taxanes représentaient plus de la moitié des NF avec 51,60%. Soixante pourcent (59,76%) des neutropénies sont survenues avant le 10^{ème} jour post chimiothérapie. Le point d'appel le plus fréquent était le point d'appel digestif avec 41,67%. La goutte épaisse est revenue positive dans 33,87% des cas. Le germe le plus communément retrouvé à l'hémoculture et à la coproculture était l'Escherichia coli. La moyenne de jours d'hospitalisation a été de 3,38 jours $\pm$ 2,73. Avec un minimum de 02 jours et un maximum de 10 jours. La durée moyenne de la fièvre a été de 2,35 jours $\pm$ 1,35. La durée minimale était d'un jour et la maximale de 7 jours. Nous avons noté une proportion de décès de 2,48%. Les facteurs influençant le décès ont été l'HTA ($p=0,0341$) la pancytopenie ($p=0,0048$) et l'anémie ($p=0,0414$).

Conclusion : La neutropénie fébrile est une complication fréquente chimiothérapie. Une politique de subvention des facteurs de croissance nous permettra de réduire le risque de sa survenue.

Mots clés : neutropénie fébrile, facteur de croissance.

15. PLAIDOYER SUR L'OFFRE PSYCHOLOGIQUE DANS LE DISPOSITIF GLOBAL DE SOINS EN CANCEROLOGIE

Moukouta CS. *Maître de Conférences, HDR, Université de Picardie Jules Verne- Amiens France ; Psychopathe au service de Psychogériatrie - Etablissement de santé mentale de la Somme ; Amiens, France.*

Partant du postulat selon lequel le cancer a une incidence indéniable sur le vécu du malade et de sa famille, nous saisissons l'opportunité scientifique des troisièmes journées médicales Docteur Edith Lucie Bongo Ondimba pour faire le plaidoyer sur l'offre psychologique dans le dispositif global de soins en cancérologie. Ainsi, proposons-nous d'abord de rendre intelligible les déterminismes psychologiques et psychopathologiques de la maladie en prenant en compte sa dimension subjective qui touche à de nombreux thèmes et au sein desquels on peut identifier entre autres, la question de l'annonce de la maladie, de la mort, des représentations collectives et individuelles de la maladie ainsi que des modalités subjectives des différents recours thérapeutiques. Ensuite, il s'agira d'explorer l'univers soignant-soigné afin de mettre en relief les réactions anxiogènes, dépressogènes et traumatogènes générées par la maladie, pas uniquement du côté du patient ainsi que de sa famille, mais également chez le soignant qui, pour chaque sujet pris en charge, traverse une épreuve professionnelle et humaine uniques. Enfin, est-il question dans cette ligne de défense de montrer l'intérêt des approches psychopathologique et interculturelle qui souvent sont considérées comme des perspectives périphériques par rapport aux protocoles classiques de prise en charge en matière de cancer. Alors qu'elles devraient être perçues de fait comme des leviers indispensables permettant de cerner l'organisation psychique du patient, ses ressources psychologiques et familiales, lesquelles souvent lui servent de stratégies de défense et de coping ou de résilience, et d'intégrer cela dans la mise en place du dispositif personnalisé de soins proposé au patient.

Mots clés : *Cancer, Psychopathologie, Thérapeutique, Traumatisme, Soignant, Patient.*

CANCERS GYNECOLOGIQUES

16. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DES CAS DE PRÉ-CANCER DU COL UTERIN EN RD CONGO EN MODE « TESTER ET TRAITER » EN UTILISANT L'IDENTIFICATION PRÉCISE DU PROFIL DE TRANSCRIPTION ANORMAL E6/E7.

Bigabwa S. MD, PhD. Directeur Laboratoire DREAM, République démocratique du Congo.

Introduction : En République Démocratique du Congo (RDC), comme dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne, les données précises sur la morbidité et la mortalité par cancer du col de l'utérus sont partielles et reposent généralement sur des estimations hospitalières. Ceci est dû à la faiblesse du système de santé en général et du système national d'information sanitaire en particulier. Il n'existe pas de registre national du cancer. La littérature scientifique disponible révèle que le cancer du col de l'utérus est le cancer gynécologique le plus fréquent en RDC : elle représente 70 à 80 % des cas (Mbala et al., 2010). La fréquence des cas de CIN2+ varie de 1,68% à 7,5% selon la construction de l'étude (Hovland 2010, Ali-Risasi 2015, Pongi 2016, Paluku 2019). Le document de l'OMS sur la stratégie mondiale pour accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique d'ici 2030 a été publié récemment, en 2020. Cette stratégie mondiale pour l'élimination du cancer du col utérin propose les objectifs 90-70-90 à atteindre d'ici 2030 pour que les pays soient sur le chemin vers l'élimination du cancer du col de l'utérus. D'autre part, l'OMS vient également de publier en 2021, une 2e édition du document relatif aux lignes directrices pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour la prévention du cancer du col de l'utérus ; l'OMS recommande l'utilisation de tests de biologie moléculaire à ARNm pour le papillomavirus humain (VPH) : ARNm-VPH.

Méthode : Une technologie récente permet l'identification d'un profil anormal du transcrit HPV E6/E7, dénommée « PreTect HPV-Proofer ». Cette technologie peut être incluse dans les directives de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col utérin car elle détecte l'ARNm E6/E7 du VPH et non l'ADN le VPH. Une petite étude pilote de mise en œuvre sera réalisée au laboratoire de santé publique de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB ; n = 400) à Kinshasa en RD Congo avant de desservir le marché en utilisant un distributeur local. Celui-ci intégrera l'e-santé, l'auto-prélèvement, le diagnostic, la plateforme de traitement et l'expertise au niveau des standards internationaux. En RD Congo, au sein du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), la stratégie nationale de lutte contre le cancer du col de l'utérus est en cours de révision pour correspondre à la stratégie et aux directives mondiales de l'OMS. Une vaste étude pilote déjà conçue portant sur 40 000 femmes sera menée à la suite de l'étude pilote de mise en œuvre.

Résultats : L'étude pilote de mise en œuvre prévoit d'identifier uniquement les cas positifs avec PreTect HPV-Proofer qui peuvent être définis histologiquement comme étant CIN2+. Cette étude devrait être réalisée au cours du premier semestre 2023. On s'attend à ce que moins de 3% de la population féminine ambulatoire dans une zone suburbaine de Kinshasa

soit positive. Ces femmes testées positives bénéficieront d'une conisation à l'aide d'un traitement à base de LEEP ou de LETZ. La stratégie nationale pour accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus devrait être mise à jour et validée d'ici le premier semestre 2023. La grande étude pilote devrait commencer d'ici décembre 2023 et pourrait servir à mettre à jour les prochaines directives de l'OMS pour le dépistage et le traitement des cas de pré-cancer du col de l'utérus.

Conclusion : À la suite d'études cliniques conduite à travers le monde sur l'utilisation de la technologie PreTect HPV-Proofer, seul un nombre négligeable de faux positifs ou négatifs sera découvert lors du suivi des cas positifs par examen histologique. Ainsi, la technologie PreTect pourrait contribuer à atteindre les cibles 70-90 : plus de 70 % des femmes dépistées avec un test de haute précision à l'âge de 35 ans, puis à nouveau à l'âge de 45 ans ; plus de 90 % des femmes atteintes d'un pré-cancer du col de l'utérus sont traitées.



17. ETUDE DES BIOMARQUEURS DE PROGRESSION DES LESIONS DU COL DE L'UTERUS ASSOCIEES AUX PAPILLOMAVIRUS ONCOGENES

Ataka M. *Hôpital Général Edith Lucie BONGO ODIMBA; Oyo, CONGO*

Résumé : Le cancer du col de l'utérus est un problème majeur de santé publique. Chaque année, on estime entre 25.000 à 266.000 femmes qui meurent dans le monde par le CCU. Ceux-ci atteindront 446.000 en 2030 si rien n'est fait. 87% de ces décès se produisent dans les régions les moins développées du monde à l'instar de la région Afrique de l'OMS. Au Congo, il est le deuxième le plus fréquent après le cancer du sein, soit 26% des cancers. Les Papillomavirus Humains Oncogènes (HPV-Onc.) sont les agents infectieux responsables, entre autres, du cancer du col de l'utérus. Plusieurs facteurs influencent l'histoire naturelle de l'infection à HPV et la carcinogénèse du cancer du col. Bien que les infections aux HPV-Onc. (leurs prévalences) sont inégalement réparties dans le monde, s'articulant surtout à HPV16, de nombreuses études ont montré un risque élevé de la persistance de HPV et l'évolution des lésions précancéreuses du col de l'utérus vers cancer invasif relativement avec le génotype viral, la charge virale, l'intégration du génome viral, l'expression des transcrits E6/E7 viraux (les niveaux des transcrits) et la méthylation des îlots CpG localisés dans le gène viral *L1* (contrairement dans le gène viral *LCR*). Ainsi, les travaux menés jusqu'alors mettent en évidence des biomarqueurs prometteurs qui pourraient, non seulement être intégrés dans les algorithmes de dépistage, mais également apporter des informations supplémentaires sur des nouveaux marqueurs viraux potentiellement utilisables en pratique clinique.

Mots-clés: *Papillomavirus, biomarqueurs, carcinogénèse, col de l'utérus, cancer, méthylation, intégration et expression du gène.*

18. CARACTERISATION MOLECULAIRE DES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS DANS LES LESIONS PRECANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS AU CHU DE BRAZZAVILLE.

Miakoukila N P. *Service d'Anatomie cyto-pathologique CHU de Brazzaville.*

Objectif : identifier les souches du HPV dans les lésions précancéreuses du col de l'utérus au CHU de Brazzaville.

Matériel et méthodes : c'était une étude transversale analytique à recueil de données rétrospectives, d'une durée de sept mois allant de mai à Novembre 2022 au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU-B et au laboratoire de biologie moléculaire de la Fondation Marie Madeleine Gombes à Pointe-Noire. Elle portait sur des biopsies de lésions précancéreuses du col de l'utérus histologiquement confirmées et conservées dans la paraffine de 2020 à 2022. Après une relecture des blocs de paraffine pour confirmer le diagnostic histologique, l'extraction de l'ADN des HPV a été réalisée par le Kit d'extraction Canvax et le génotypage des HPV par PCR en temps réel avec le thermocycler MIC qPCR cycliser et le kit High Risk HPV Multiplex Real-time. Les variables d'étude ont été d'ordre sociodémographique, histopathologique et moléculaire. Les variables qualitatives étaient résumées en fréquence et les variables quantitatives en moyenne ; le test statistique Khi2 au risque 5%, ainsi que le calcul de l'odds ratio et de son intervalle de confiance ont été réalisés.

Résultats : nous avons obtenu, une moyenne de $44 \pm 9,5$ ans avec des extrêmes allant de 22 à 82 ans. Les HSIL ont été plus représentées chez les femmes d'âge supérieur à 40 ans. La prévalence globale du HPV était élevée, soit 79,3%. Parmi les génotypes identifiés, l'HPV16 était prédominant, quel que soit le grade histologique, suivi de HPV18 et des autres HPV-HR. L'infection à HPV16 était fortement associée à l'évolution des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Conclusion : la prévalence du HPV était élevée ; le génotype le plus fréquent était le HPV16 suivi du HPV18 et des autres HPV-HR.

Mots clés : HPV, lésions précancéreuses, col de l'utérus, CHU de Brazzaville.

19. DÉPISTAGE, PRÉVENTION ET TRAITEMENTS DES CANCERS : L'EXEMPLE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

Yessoufou M. *Oncologue radiothérapeute (Centre Hospitalier Nganda) Kinshasa, République démocratique du Congo.* il_yass15@yahoo.com

Le cancer du col de l'utérus est un véritable problème de santé publique en Afrique. 90% des nouveaux cas et des décès dans le monde surviennent dans des pays à revenus faible et intermédiaire. A travers cette communication orale nous montrons les avantages du dépistage et son impact dans le cancer du col de l'utérus. De 2020 à 2022 : 73 patientes ont été traitées au centre de radiothérapie Muk et Maseb pour un cancer du col de l'utérus. L'âge médian de nos patientes était de 53 ans avec des extrêmes de 29 à 77 ans. 94% des patientes avaient comme type histologique : un carcinome épidermoïde et les autres (6%) présentaient un adénocarcinome. Toutes les patientes présentaient un stade supérieur ou égal au stade IIB FIGO 2009 (IIIB FIGO 2018). Toutes les patientes ont eu une radiochimiothérapie concomitante et deux des patientes ont en plus bénéficié d'une curiethérapie. La radiothérapie est un traitement majeur dans la prise en charge de cette affection. Cependant il existe une inégalité concernant la disponibilité des centres de radiothérapie à l'échelle mondiale.



20. PRISE EN CHARGE DES TUMEURS TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES AU SERVICE D'HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G.

Sidibe F M. *Service d'Hématologie et Oncologie médicale du CHU du Point G, Bamako-Mali*

Département d'enseignement et de recherche en santé publique, Faculté de médecine et d'odontostomatologie, université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako. Service de gynécologie-Obstétrique du CHU du Point G. Service d'imagerie médicale, CHU du Point G.

Objectif : Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) sont des tumeurs rares et hétérogènes faisant suite à une grossesse normale ou anormale, le plus souvent molaire. Elles ont en commun une atteinte du trophoblaste avec une augmentation anormale de l'hormone chorionique gonadotrope (HCG) ou de sa sous unité β . Nous rapportons dans cette étude rétrospective notre expérience sur la prise en charge des TTG.

Patients et méthodes : Nous avons colligé 90 patientes suivies pour TTG au service d'hématologie et oncologie médicale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G sur une durée de 149 mois.

Résultats : Les patientes avaient un âge moyen de 31 ans (15-54) avec un pic de fréquence de la maladie entre 20 et 40 ans. Elles se sont présentées au diagnostic avec une métrorragie dans 97,78%, une altération de l'état général (AEG) stade 2-4 de l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) dans 42,2%, un taux moyen de β HCG de 589 394,15 U/l (49 à 5 505 500 U/l) et une anémie biologique grade 1 à 4 du CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) vs 5.0 dans 86,67%. L'antécédent d'avortement spontané était plus observé (48,8%) que les grossesses molaire (33,3%) et à terme (16,67%). Le choriocarcinome était le sous type histologique le plus fréquent (64,86%). La maladie était métastatique dans 46,67% avec 73,80% de localisations pulmonaire, 21,42% pelviennes et 4,76% hépatiques et péritonéales chacune. Le score pronostique selon la classification FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique) 2000 était de haut et bas risque dans respectivement 57,8% et 42,2%. La chimiothérapie a été initiée dans un intervalle moyen de 7,2 mois (1 à 24 mois) chez 82 patientes. Parmi ces dernières, 92,68% ont eu une polychimiothérapie indépendamment de leur score pronostique avec 50% de rémission. Les protocoles de chimiothérapie n'étaient pas standardisés et comportaient dans 53,65% l'association Cisplatine/Etoposide avec ou sans Bléomycine. Seulement 41,11% des patientes étaient vivantes au terme de l'étude. Les facteurs de mauvais pronostic étaient l'AEG, l'anémie, le score pronostique de haut risque et la résistance à la chimiothérapie témoignant d'un retard de prise en charge.

Conclusion : Les TTG sont des tumeurs chimiosensibles dont la rémission dépend d'un diagnostic précoce. Malgré cette chimiosensibilité, les TTG peuvent-être de mauvais pronostic si leur diagnostic est fait tardivement en présence de signes de complication tels que l'AEG, l'anémie et les multiples métastases. L'évaluation correcte du risque de la maladie permet de garantir la guérison sans sous-traiter les patientes de haut risque ni

exposer celles de bas risque aux toxicités d'une polychimiothérapie. Une étude prospective dans notre service est nécessaire afin de standardiser la prise en charge de cette maladie et de déterminer le devenir obstétrical de ces jeunes patientes en âge de procréer.



CANCERS DU SEIN

21. TRAITEMENT MÉDICAL DES CANCERS DU SEIN EN CÔTE D'IVOIRE : ETAT DES LIEUX

Touré M. *Service de Cancérologie du CHU de Treichville (Abidjan) Côte d'Ivoire.*

Le profil épidémio-clinique des cancers du sein en Côte d'Ivoire est pratiquement le même que celui de l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne. Le cancer du sein y constitue un véritable problème de santé publique (3306 nouveaux cas pour 1787 décès en 2020). Il représente aussi l'un des cancers qui a bénéficié d'importantes avancées du point diagnostic et thérapeutique. En effet, les mécanismes intimes de l'oncogenèse et de l'histoire naturelle sont de plus en plus connus. Le traitement est multimodal et repose essentiellement sur les thérapeutiques systémiques en raison du caractère localement avancé et métastatique au diagnostic. Au travers de trois cas cliniques, Nous présentons les différentes stratégies médicamenteuses instituées et qui ont tenues compte du rationnel biologique, clinique et du projet de vie des patientes. Ces traitements médicaux vont de la chimiothérapie à l'immunothérapie en passant par l'hormonothérapie et les thérapies ciblées. Ces observations ont également mis en évidence la problématique de la disponibilité et de l'accessibilité des molécules anticancéreuses en Afrique subsaharienne. Les efforts doivent s'orienter vers des campagnes de dépistage de masse en vue d'une thérapeutique curative.

Mots clés : *Cancer-Sein-Traitement médical-Cote d'Ivoire.*

22. EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES CONCERNANT LE CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES À KINSHASA, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

SULU A, SULU M. *Clinique NGANDA, Kinshasa, RDC.*

Le cancer du sein (CS) est le cancer le plus fréquent chez les femmes et caractérisé par des signes cliniques tardifs dans les pays en développement, y compris la République Démocratique du Congo (RDC). L'une des principales causes de décès par CS est le manque de sensibilisation et de dépistage, ce qui a conduit à une présentation tardive à un stade avancé. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques concernant le CS chez les femmes à Kinshasa, en RDC. Une enquête transversale a été menée auprès de 489 femmes âgées de 20 à 65 ans et un questionnaire d'entretien direct a été utilisé pour recueillir des données. Des techniques de régression bivariée et multivariée ont été utilisées. Nos résultats ont indiqué que 22,09% des enquêtées avaient un niveau adéquat de connaissances sur le CS et 77,91% avaient un niveau insuffisant. Dans l'ensemble, 322 (65,85%) participantes avaient reconnu que l'auto-examen de seins (AES) est un outil utile pour la détection précoce du CS. Au total, 136 (27,81%) participantes avaient appris à faire l'AES et 216 (44,17%) avaient déclaré le pratiquer. Deux cent nonante-deux (59,71%) participantes croyaient que toute femme était à risque de CS et 357 (71,78%) croyaient qu'il était possible de prévenir le CS. Les déterminants d'un niveau adéquat de connaissances étaient le niveau de scolarité universitaire (OR ajusté = 2,70 ; IC95% : 1,27–5,73 ; $p=0,010$) et le fait d'avoir déjà bénéficié d'un dépistage du CS (OR ajusté = 2,31 ; IC95% : 1,40–3,83 ; $p=0,001$). La majorité des femmes ont démontré des connaissances insuffisantes sur les signes cliniques et les facteurs de risque du CS. Des efforts supplémentaires devraient être déployés par l'intermédiaire des prestataires de soins de santé pour les femmes afin d'accroître la sensibilisation au dépistage du CS.

23. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES DE 15 A 49 ANS SUR LES FACTEURS DE RISQUE DES CANCERS DU SEIN A BRAZZAVILLE EN 2021

Bolenga Liboko A F, *Service d'Oncologie Médicale du CHU de Brazzaville*

Introduction : Le cancer du sein touche la femme Africaine avec une agressivité évolutive élevée par rapport à la femme des pays développés. La connaissance des facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir pourrait réduire l'incidence des cancers du sein à long terme. Population et méthode : Il s'est agi d'une étude prospective transversale à visée analytique.

Patientes et méthode : Elle a inclus les femmes de 15 à 49 ans, habitant Brazzaville depuis au moins six mois, et ayant accepté de participer à l'étude en donnant leur consentement éclairé et écrit.

Résultats : les femmes colligées étaient au nombre de 386, l'âge moyen était de $27,47 \pm 9,05$ ans ; 143 (37,05%) avaient un niveau d'instruction secondaire deuxième degré (lycée) et 295 (76,42%) étaient célibataires. Cent soixante-quatorze (51,94%) avaient des connaissances sur les facteurs de risque des cancers du sein et 161 (48,06%) n'en avaient pas. Les niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques étaient repartis comme suit : 314 femmes (93,73%) avaient un niveau de connaissances insuffisant et 21 (6,26%) un niveau de connaissance suffisant ; 78 femmes (23,28%) avaient un niveau d'attitudes défavorable et 257 (76,72%) un niveau favorable ; 329 femmes (98,21%) avaient un mauvais niveau de pratiques et 6 (1,79%) avaient un bon niveau de pratiques.

Conclusion : L'amélioration des informations et sa diffusion à une large population encourageraient les femmes à adhérer au dépistage.

Mots clés : Connaissances, attitudes, pratiques, femmes 15-49 ans, cancer, sein.

24. ÉVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE CANCER DU SEIN CHEZ LES PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTÉ À KINSHASA, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Sulu A, Sulu M. *Clinique NGANDA, Kinshasa, RDC.*

Le cancer du sein (CS) est le cancer le plus fréquent chez les femmes et caractérisé par des signes cliniques tardifs dans les pays en développement, y compris la République Démocratique du Congo (RDC). L'une des principales causes de décès par CS est le manque de sensibilisation et de dépistage, ce qui a conduit à une présentation tardive à un stade avancé. L'objectif était d'évaluer les connaissances des prestataires des soins de santé sur le CS et d'identifier les facteurs associés à un niveau adéquat de connaissances. Il s'agit d'une étude transversale analytique menée en mars 2022, auprès des prestataires des soins de santé exerçant dans la ville de Kinshasa en RDC. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire d'entrevue directe a été utilisé pour recueillir des données. Des techniques de régression bivariée et multivariée ont été utilisées. Résultats : Au total, 543 prestataires des soins de santé ont été interrogés. L'âge médian était de 35 ans (intervalle interquartile : 29 – 43 ans). Le niveau de connaissance a été évalué respectivement comme adéquat dans 61% des cas et insuffisant dans 39% des cas. Après analyse multivariée, les prestataires âgés de 50 ans ou plus (odds ratio ajusté [ORa]= 2,3 [1,2–4,5]), de sexe féminin (ORa= 1,8 [1,1–2,4]), travaillant dans des formations sanitaires publiques (ORa= 1,5 [1,1–2,5]) et ayant bénéficié d'une formation sur le CS et/ou son dépistage (ORa = 1,9 ; IC95% : 1,5–3,3) avaient significativement un niveau adéquat de connaissances sur le CS. Les résultats de cette étude indiquent que le niveau de connaissances sur le CS chez les prestataires des soins enquêtés était de près de deux tiers. Les résultats de cette étude suggèrent la nécessité de programmes de formation médicale continue visant à améliorer les connaissances sur le cancer du sein chez les prestataires de soins de santé.

25. CAUSES DE NON-ADHESION A LA CHIMIOTHERAPIE DES CANCERS DU SEIN AU CHU DE BRAZZAVILLE

Kaboré Dagnagnéwendé D. *Service de Carcinologie, CHU de Brazzaville, République du Congo.* ddieudonnekabore@yahoo.fr

Objectif : étudier les causes de non-adhésion à la chimiothérapie des cancers du sein au CHU de Brazzaville en 2022.

Patients et méthodes : il s'est agi d'une étude descriptive transversale menée dans le service de Carcinologie du CHU de Brazzaville du 1^{er} janvier au 30 Mars 2022. Ont été inclus dans notre étude les patients suivis pour cancers du sein et ayant la chimiothérapie dans leurs projets thérapeutiques. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie et analysées grâce au logiciel Epi-Info version 7.2.5.0.

Résultats : nous avons recensé 97 patients atteints de cancer du sein et ayant la chimiothérapie dans leurs projets thérapeutiques. L'âge moyen de nos patients était de $48,14 \pm 10,07$ ans. Cinquantesep virgule soixante-treize pourcent (57,73%) de nos patients vivaient en couple, 47,42% avaient le niveau d'instruction du secondaire et 46,39% étaient sans emploi. Les sources de financement des soins de santé provenaient principalement des cotisations familiales ou des dons de tierces personnes (47,42%). Sur le plan clinico-pathologique, le délai moyen de consultation était de $20,17 \pm 9,22$ mois et la découverte d'une masse/nodule mammaire était le motif de consultation le plus fréquent (79,38%). La taille moyenne tumorale était de $9,64 \pm 4,16$ cm. Le carcinome infiltrant de type non spécifique a été retrouvé dans 82 cas (84,53%). Le cancer du sein était d'emblée métastatique chez 55 patients (56,70%) et les cancers de type luminal étaient les plus représentés (55,26%). Soixante-cinq (65) patients étaient en situation de non-adhésion, soit une proportion de non-adhésion à la chimiothérapie de 76,29%. Les principales causes de non-adhésion à la chimiothérapie identifiées étaient essentiellement le manque de moyens financiers (64,95%) et la survenue d'effets secondaires (60,82%).

Mots clés : cancer du sein, chimiothérapie, non-adhésion.

26. CARDIOPATHIES CHIMIOINDUITES DANS LE CANCER DU SEIN : ETUDE RETROSPECTIVE SUR CINQ ANS AU CHU DE BRAZZAVILLE.

Bilola X C. Service de carcinologie du CHU de Brazzaville. xabilola2006@yahoo.fr

Objectifs : Étudier la cardiotoxicité chimio-induite chez les patients suivis pour cancer du sein au CHU de Brazzaville.

Patients et méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective analytique, menée dans le service de carcinologie du CHU de Brazzaville du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2021. Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, clinico-histopathologiques, la proportion et les types de cardiotoxicité et les facteurs associés à la survenue de cette cardiotoxicité. Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel Epi-info 7.2.5.0. Une régression logistique univariée puis multivariée a été faite pour déterminer les facteurs associés à la survenue de la cardiotoxicité pour $p < 0,05$.

Résultats : L'étude a porté sur 116 patients. L'âge moyen était de $50,63 \pm 10,1$ ans. Le secteur informel était le secteur d'activité le plus représenté à 46,55%. Les facteurs de risques cardio-vasculaires retrouvés étaient l'hypertension artérielle (31,03%), l'obésité (7,76%), le diabète (2,59%) et l'infection à VIH (2,59%). La proportion de la cardiopathie chimio-induite de notre étude était de 37,07% tous grades confondus un an après le début de la chimiothérapie. Dans la proportion de patients ayant fait une cardiopathie chimio-induite, le carcinome infiltrant de type non spécifique représentait (95,65%). Le cancer du sein était métastatique d'emblée dans 52,17% des cas et le profil moléculaire Luminal B était fréquent (39,13%). La cardiotoxicité de grade I a été notée après 04 cures d'AC60 chez 6 patients (5,17%). Ainsi qu'après 04 cures d'AC60 et 04 cures Taxotere à (27,58%). A un an du début de la chimiothérapie, la cardiotoxicité de grade I était la plus fréquente (86,96%). Après une analyse en régression logistique multiple les facteurs associés à la survenue d'une cardiopathie chimio-induite étaient l'âge ($p=0,013$), l'hypertension artérielle ($p=0,0001$), le grade histopronostique SBR II ($p=0,042$) et le stade métastatique initial ($p=0,017$).

Conclusion : la survenue la cardiotoxicité chimio-induite est une complication redoutée car limitant la suite de la prise en charge.

Mots clés : chimiothérapie, cardiotoxicité, cancer, sein.

27. CANCER DU SEIN ET EXPRESSION DE L'ONCOPROTEINE HER-2 EN REPUBLIQUE DU CONGO»

Boumba ALM. *Département des Masters, Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI, Brazzaville. Zone de Recherche de Pointe-Noire, Institut National de Recherche en Sciences de la Santé (IRSSA), Brazzaville. anicetboumba1974@gmail.com*

Introduction : Le cancer du sein est une maladie hétérogène aux caractéristiques morphologiques et moléculaires variées ayant un impact sur la réponse au traitement. Cette étude visait à évaluer par immunohistochimie et RT-PCR la surexpression de HER2 dans le cancer du sein chez la femme en République du Congo.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude descriptive transversale sur 8 mois. Au total, 25 biopsies paraffines du sein des patients cancéreux diagnostiqués au CHU de Brazzaville ont été collectées. Les aspects épidémiologique, cliniques, histologiques, immunohistochimiques et moléculaires ont été étudiés.

Résultats : L'âge moyen des patients était de $49,64 \pm 13,20$ ans (3180 ans). 60% des patients avaient une localisation droite de la tumeur. 76% des patients avaient un carcinome de type non spécifique invasif. Le stade T4b N1a M0 était prédominante, représentant 56% de la population étudiée. Le grade histopronostique RBS 1 était représenté par 60% des patients. Les récepteurs des œstrogènes et de la progestérone étaient positifs dans la plage de 45 % et 60 %, respectivement. L'oncoprotéine HER2 était positive dans 12% (3/25) des 25 cas pour IHC. Le groupe luminal était majoritaire avec 32 %. L'analyse moléculaire du gène HER2 par RT-PCR a révélé une surexpression dans 60 % (15/25) des cas, dont 3 étaient déjà positif pour IHC. Avec le « Kit de détection de mutation AmoyDx® HER2 », 12 mutations ont été identifiées, 10 des qui impliquait l'exon 20, soit 83,33 % et 2 mutations avec l'exon 19, soit 16,67 % des cas. La corrélation de la surexpression du gène HER2 a montré une différence statistiquement significative entre les deux techniques, $p < 0,00003$.

Conclusion : HER2 est connu comme un marqueur pronostique et prédictif du cancer du sein, faisant de ce récepteur une cible thérapeutique intéressante. Cependant, sa mise en évidence par IHC reste lourde et sujette aux faux négatifs. Par conséquent, l'analyse moléculaire pourrait jouer un rôle crucial dans la prise de décision lors de la mise en œuvre de la thérapie ciblée d'un cancer du sein au Congo.

Mots clés : *Oncoprotéine HER-2, Cancer du sein, République du Congo.*

28. CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME EN MAURITANIE

TOLBA N. *Unité de recherche et d'enseignement, centre national d'oncologie, Noukchott, Mauritanie.*

Le cancer du sein masculin est une maladie rare qui représente moins de 1 % de tous les cancers du sein. Les données sur le cancer du sein masculin sont limitées et les mutations caractéristiques du cancer des gènes BRCA1/A2 sont moins bien étudiées. Cette étude visait à fournir les premières données sur l'incidence du cancer du sein chez l'homme, les caractéristiques clinico-pathologiques, les facteurs de risque et les mutations génétiques associées en Mauritanie.

Matériels et méthodes : Onze patients ont été pris en charge au Centre National d'Oncologie (CNO) en Mauritanie entre janvier 2009 et décembre 2020. Nous avons évalué les caractéristiques cliniques, la sélection du traitement et le dépistage des gènes BRCA1/A2.

Résultats : Ces patients étaient âgés de 42 à 95 ans. Ils avaient un cancer du sein avancé. Le carcinome canalaire infiltrant était le type histologique prédominant dans 90 % des cas. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement multimodal reposant sur une mastectomie suivie d'un traitement adjuvant comprenant une chimiothérapie, une radiothérapie et/ou une hormonothérapie. Quatre variantes BRCA1 prédominantes ont été identifiées (*c.815_824ins AGCTATGTGG, c.2612C>T, c.813_814insTAGCCATGTG, c.201-18del*).

Conclusion : Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour combler les lacunes dans les connaissances relatives aux soins des patients masculins atteints du cancer du sein et des survivants.

29. CARCINOME LOBULAIRE DU SEIN SUREXPRIMANT HER2 A PROPOS DE CINQ (5) CAS A L'HOPITAL SAINT-LOUIS DE PARIS

Diané Solomana, *Hôpital Saint Louis Paris France.*

Objectif : L'objectif de ce travail était de rapporter cinq (5 cas) de Carcinome Lobulaire Infiltrant surexprimant le récepteur HER2 au Centre des Maladies du Sein à l'Hôpital Saint – Louis de Paris. Le cancer du sein est une pathologie fréquente. En 2012, en France 48 700 nouveaux patients ont eu un diagnostic de cancer du sein (31.5% des cancers) et plus de 11 800 patients sont décédés d'un cancer. Le sous type moléculaire HER2+++ du cancer lobulaire infiltrant (CLI) du sein est très rare. Le CLI est une tumeur hormonosensible, plus de 90% de CLI possèdent des récepteurs hormonaux positifs, alors que seulement 5 à 14% du type CLI sont cliniquement HER2 positif. Son diagnostic clinique et radiologique est difficile. Il est fréquemment bilatéral. C'est un cancer d'évolution plus lente que le CINS avec de meilleurs facteurs pronostiques.

Notre étude vise à détailler les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et la survie des CLI. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de cinq (5) cas de CLI HER2+++ du sein. Nos données ont été récoltées dans la base des données du centre des maladies sein de l'Hôpital Saint-Louis de Paris sur une période de 18 ans.

Nous ne pouvons estimer l'incidence dans cette étude car il s'agit d'étude de cas issue de données hospitalières. Cependant, on peut considérer qu'il s'agit d'un sous type moléculaire très rare, car sur la période de deux cent seize mois nous avons colligé cinq cas. L'âge moyen était de 65.2 ans, deux patientes avaient un antécédent personnel de mastopathie bénigne et un antécédent familial de cancer du sein premier degré. Le CLI HER2 positif était diagnostiqué à un stade local, loco régional. Une IRM mammaire a été réalisée dans deux cas et la lésion était bifocale dans un cas, un second cancer synchrone pulmonaire dans un cas. Une polychimiothérapie néoadjuvante dans trois cas, adjuvante dans deux cas. Une mastectomie type Patey dans quatre cas dont une en plus de la mastectomie a bénéficié d'une tumorectomie du sein controlatéral devant une mastopathie complexe. Un cas de progression sous chimiothérapie néoadjuvante. Un cas de récurrence biologique et osseux à sept ans. Trois ont bénéficié d'une radiothérapie suivie d'une hormonothérapie. Les cinq patients ont bénéficié d'une thérapie anti HER2 ; dont un cas de cardiopathie toxique. Une patiente a bénéficié d'une reconstruction mammaire. La survie globale à dix ans était estimée à 75%.

Mot clés : *Carcinome, Lobulaire, Sein, expression HER2, Saint-Louis, Paris.*

30. CANCER DU SEIN DE LA FEMME JEUNE DE MOINS DE 35 ANS : PROFILS CLINIQUES ET IMMUNOHISTOCHIMIQUES AU SERVICE DE CANCEROLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE

Odan D, odandebesikreo@gmail.com

Contexte : L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge ; la moyenne se situant aux alentours de 60-70 ans. Cependant le cancer de la femme de moins de 35 ans constitue une entité de plus en plus fréquente. Aussi dans cette tranche d'âge, la pathologie néoplasique mammaire semble avoir des caractéristiques cliniques et immunohistochimiques singulières.

Matériel et méthodes : Etude à la fois rétro et prospective à visée descriptive portant sur 71 patientes ayant un cancer du sein histologiquement confirmé au service de cancérologie du CHU de Treichville sur une période de 5 ans (janvier 2016- décembre 2020).

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 31 ans. Le cancer du sein est survenu dans toutes les couches socio-professionnelles à des proportions sensiblement égales. 94,36% des patientes avaient une taille tumorale supérieure à T3. La presque totalité de nos patientes avaient une extension ganglionnaire métastatique dans environ 89,45% des cas. Les sites métastatiques les plus couramment rencontrés étaient le poumon, le foie, l'os dans respectivement 28,57 ; 21,42 ; 14,29% des cas. Le type histologique le plus fréquent était le carcinome canalaire infiltrant avec 95,77%. Les grades SBR II et III étaient rencontrés dans respectivement 68,98 et 20%. Les triples négatifs, les luminaux et les HER2 enrichis étaient retrouvés respectivement dans 50 ; 48,15 ; et 1,8% des cas.

Conclusion : Les cancers du sein chez les patientes jeunes de moins de 35 ans connaissent une croissance mais restent relativement rares. Le cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans est corrélé à des facteurs histo-pronostiques péjoratifs.

Mots clés : cancer, sein, femme jeune, immunohistochimie.

31. ATTITUDES ET PRATIQUES DES INFIRMIERS, SAGE-FEMMES ET MAÏEUTICIENS RELATIVES AUX SIGNES EVOCATEURS DU CANCER DU SEIN A OUAGADOUGOU

Bambara AT. *Service de Cancérologie du CHU Yalgado Ouédraogo.*

Objectifs : évaluer les attitudes et pratiques des infirmiers, sages-femmes et maïeuticiens des CSPS de la ville de Ouagadougou sur les signes évocateurs des cancers du sein.

Méthodologie : Il s'est agi d'une enquête auprès de 400 infirmiers, infirmières, sages-femmes et maïeuticiens exerçant dans les CSPS de l'aire géographique de la ville de Ouagadougou en février 2021. Les sujets ont été invités à donner leur avis, selon une échelle de Likert, au sujet de certaines assertions en rapport avec les signes évocateurs de cancer du sein. Leurs pratiques successivement devant des signes « fortement évocateurs », « évocateurs », « ni évocateurs ni non évocateurs », « non évocateurs » et « non évocateurs du tout » selon leur jugement ont aussi été analysées.

Résultats : Le niveau de connaissance des infirmiers, sages-femmes et maïeuticiens était insuffisant dans 24,5% des cas, moyen dans 46,25% des cas, bon dans 22,25% des cas et excellent dans 7% des cas. Concernant leurs attitudes et pratiques devant des signes jugés « fortement évocateurs », « évocateurs », « ni évocateur ni non évocateur », « non évocateur » et « non évocateur du tout », les sujets enquêtés ont affirmé référer à un niveau de soins supérieurs dans respectivement 96,5%, 94%, 83,7%, 62,2% et 51,5% des cas. Ces différences étaient significatives.

Conclusion : Des mesures pour la formation et le recyclage des infirmières, infirmiers, sages-femmes et maïeuticiens permettraient d'assurer la promptitude et l'adéquation de leurs actions dans la prise en charge des cas suspects de cancer du sein.

32. ETUDE DES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES DES DU SEIN DE TYPE LUMINAL AU CHU DE BRAZZAVILLE

Kisimba L. *Service d'oncologie médicale, Centre médical du centre-ville. Lubumbashi/RDC.*

Objectifs : décrire les caractéristiques épidémiologiques et les volets thérapeutiques des cancers du sein de type luminal dans le service d'Oncologie Médical du CHU de Brazzaville.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude descriptive et rétrospective réalisée du 1er janvier 2016 au 31 Décembre 2020, soit sur une période de cinq ans. Tous les patients ayant présenté un cancer du sein confirmé par une analyse anatomie-pathologique avec un complément immunohistochimique de type luminal, pris en charge dans le service d'Oncologie Médicale du CHU de Brazzaville, durant la période d'étude, ont été inclus. La collecte des données a été faite à partir des dossiers médicaux des patients. Les données ont été saisies dans un masque de saisie conçu sur le logiciel Epi info 7.2 Le nettoyage de la base de données a été fait avec le tableur Excel 2013 et les analyses statistiques avec le logiciel SPSS 25.

Résultats : Cent dix-neuf patients ont été retenus parmi lesquels 116 femmes et 3 hommes. L'âge moyen des patients était de 49 ± 11 ans avec des extrêmes de 22 et 79 ans. La moyenne d'âge des femmes ménopausées de $46,71 \pm 2,63$ ans. Le principal motif de consultation était dominé par la constatation d'un nodule mammaire. Cinq-huit patients avaient été classés au stade IV de la maladie au moment du diagnostic. Le carcinome infiltrant de type non spécifique a été le type histologique le plus fréquent (84,0%), et plus de la moitié des patientes (66,4%) avait une tumeur moyennement différenciée (SBR II). Soixante-trois patients avaient un profil immunohistochimique luminal A et cinq-six patients luminal B. Parmi les patients non métastatiques, quinze avaient reçu toute la séquence thérapeutique (chimiothérapie, hormonothérapie/Trastuzumab, chirurgie et radiothérapie) et 34 patients n'avaient pas reçu toute la séquence thérapeutique. 45 patients avaient reçu un traitement palliatif spécifique et 25 patients n'avaient pas été traités. La survie globale était de 43,3% à 3 ans et de 32,5 % à 4 ans avec une médiane à 2,8 ans.

33. SARCOME MAMMAIRE CHEZ L'ADOLESCENTE : A PROPOS D'UN CAS.

Backobi E. *Centre de pathologie de Pointe Noire, GHRMSA de Mulhouse.*

Chez l'enfant la pathologie tumorale mammaire est majoritairement bénigne, dominée par le fibro adénome (> 70%). La pathologie mammaire cancéreuse de l'enfant représente 2,5% de la pathologie tumorale.

Les sarcomes du sein sont rares, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Il s'agit surtout de l'angiosarcome et du sarcome phyllode chez l'adulte ; du rhabdomyosarcome et du synovialo-sarcome chez l'enfant.

Nous rapportons un cas de sarcome du sein chez une jeune fille de 17 ans présentant une masse mammaire droite kystique, mesurant à l'imagerie 7 cm.

34. UN CAS DE CANCER MULTICENTRIQUE DU SEIN A PROFIL MOLECULAIRE DIFFERENT

Dossou S. *Centre d'oncologie médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara (cnrao). Cote d'ivoire. serposdo@yahoo.fr*

Le cancer multifocal/multicentrique du sein est une maladie qui comprend de nombreux paradigmes, influant sur sa prise en charge, son incidence varie de 6 à 60 %.

La différence de profil immunohistochimique entre les différentes foyers multifocaux/multicentriques varie de 4,4 à 18,6% et impose ainsi une modification du traitement qui diffère de ce qui aurait été prescrit en tenant compte de l'immunohistochimie du plus grand foyer tumoral.

Nous évaluons à travers ce cas rapporté l'importance de l'étude immunohistochimique de tous les foyers tumoraux dans la prise de décision de la meilleure option thérapeutique des cancers du sein multifocaux/multicentriques.

35. CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME À PROPOS DE 2 CAS

Sango AJF. *Département de Médecine Interne et Pédiatrie, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Buea. Yaoundé, Cameroun.*

Le cancer du sein chez la femme est un véritable problème de santé publique. Chez l'homme il est rare et demeure un sujet tabou. Les facteurs de risques décrits dans la littérature sont représentés par une histoire familiale de cancer et les modalités thérapeutiques se superposent à celles des cancers du sein féminin.

L'Unité d'Oncologie médicale de l'Hôpital Gynéco-obstétrique existe depuis Février 2020. Nous rapportons le suivi au sein de cette unité de 2 cas de cancers du sein chez deux hommes mariés, âgés respectivement de 60ans et 55ans. Nous n'avons pas retrouvé d'histoire familiale de cancer ; Ils avaient un carcinome canalaire infiltrant moyennement différencié SBR II. L'examen physique au moment du diagnostic a permis de retrouver une masse ulcérée d'environ 4cm de grand axe, fixée au muscle pectoral. L'autre patient avait une cicatrice de nodulectomie non infiltrée associée à une paraplégie installée depuis environ 2mois. Ils avaient un stade clinique avancé, soit respectivement un stade III et IV avec des localisations secondaires osseuses et pulmonaires et ont bénéficié d'une chimiothérapie néo adjuvante et à visée palliative. L'un des patients est perdu de vue et l'autre est décédé.

Les cancers du sein chez l'homme restent tabous et peuvent expliquer leur faible fréquence et la difficulté de mener à bien leur prise en charge à travers la chimiothérapie, la chirurgie et la radiothérapie. Leur pronostic reste sombre.

Mots clés : *Cancer du sein –Homme – Tabou.*



36. PROFIL ANATOMO-CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET SURVIE DES PATIENTES SUIVIES POUR CANCER DU SEIN A L'HOPITAL CENTRAL DE REFERENCE DE LA POLICE

Ebola Iyawa F *Hôpital Central de Référence de la Police.*

INTRODUCTION : Le cancer du sein est un problème de santé publique dans le monde. C'est le premier cancer gynécologique dans les pays industrialisés tandis que les pays en voie de développement il occupe tantôt la première ou la deuxième place parmi les cancers gynécologiques. Son incidence ne cesse d'augmenter dans le monde, on compte environ 1,7 millions des nouveaux cas chaque année dans le monde. En RDC, le cancer du sein est aussi un problème de santé publique. Sa fréquence a évolué de 11 à 24% de 1989 à 2009 avec un taux élevé d'arrivée tardive des malades aux stades avancés. L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux moyen de survie des patientes après traitements du cancer du sein dans notre milieu.

Méthodologie : C'est une étude rétrospective à visée descriptive et analytique allant de Mars 2018 à Décembre 2022 portant sur les patientes traitées et suivies pour cancer du sein dans le service de cancérologie de l'Hôpital Central de Référence de la Police. Au total 65 cas des cancers du sein ont été retenus sur un total des 101 cas des tous les types de cancers consultés durant cette période. Les variables sociodémographiques, stades cliniques selon TNM, le grade histo-pronostique, le type moléculaire à l'immunohistochimie, traitements (chirurgie : type R0, R1, R2 ; chimiothérapie ; hormonothérapie), date de 1^{ère} consultation et du décès ont été étudiés.

Résultats : au total 65 cas des cancers du sein sur un total des 101 cas des tous les cancers suivis pendant la même période soit 64,4% ; selon les sexes il y'avait 1 homme sur 64 femmes, soit un ratio de 64 F / 1H, la tranche d'âge de (46-55), (36-45) et (56 -65) étaient respectivement 29,7%, 25% et 20,3%. Quant aux stades cliniques à l'arrivée, (13 / 65) 29,3% au stade IVB ; (2/65) 4,9% au IVA ; (13/65), le type histologique du cancer du sein le plus retrouvé dans notre était des carcinomes canalaux infiltrant dans 61,5% (n=40) ; 34% (n=22) des carcinomes lobulaires infiltrant et 3% de type neuroendocrine. Quant à l'immunohistochimie, 72% des malades ne l'avaient pas réalisé faute des moyens financiers et parmi celles qui ont réalisé cet examen, on en trouvait 20% des cancers de type luminal B, 4% de type luminal A, 3% de triple négatif et 1% avec expression HER2. La survie moyenne des malades selon la courbe de Kaplan Meir après traitement durant cette période était de 761,8, $\pm$ 240,1 Jours avec un $P < 0,001$ mais en comparant les deux groupes selon le type de traitement reçus : celles qui ont bénéficié seulement de la bithérapie (chirurgie et hormonothérapie), leur survie était environ des 400 Jours avant leur décès tandis le taux de survie moyen dans le groupe des celles ayant bénéficiés de la trithérapie (mastectomie, hormonothérapie et chimiothérapie) était de 1800 Jours avant leur décès à la suite des complications liées au cancer du sein.

Conclusion : Le cancer du sein est la principale cause des décès liés aux cancers chez la femme dans les pays développés (USA, Canada, Europe...) mais aussi dans les pays en voie de développement (PVD). Mais le taux de survie de 3 à 5 ans est nettement variable, nettement améliorer dans les pays développés envoie l'80% suite aux programmes de dépistages réguliers et l'accessibilité facile aux soins tandis que dans les pays pauvres, ce

taux de survie est autour de 40% voire même en dessous suite aux difficultés liés à l'accessibilité aux soins.



37. RADIOTHERAPIE DES CANCERS DU SEIN : HIER ET AUJOURD'HUI.

Mouelle Sone A. *Cameroon Oncology Center, Bekoko-Douala, Cameroun.*

La radiothérapie est proposée comme traitement adjuvant à la chirurgie dans le traitement du cancer du sein. Sur les bases de l'évolution technologique et des méta-analyses, les complications post thérapeutiques notamment les fibroses radiques cutanées et pulmonaires ont été réduites dans les années 1970, lorsque les LINACS ont remplacé le COBALT.

L'utilisation même des accélérateurs linéaires (LINACS) a connu le développement des collimateurs à multi lames qui permettaient de mieux protéger les tissus sains limitrophes du sein traité. Ensuite les modèles dosimétriques ont été reproduits en 3D pour ce qui est devenu la radiothérapie en modulation d'intensité (RMI), puis la RMI à haute résolution qui tient compte de la délivrance des doses en fonction des mouvements respiratoires du patient.

A côté de cette évolution technologique, la tendance est à la diminution du nombre de séances de traitement, en conservant la même dose biologique que celle qui a donné de meilleurs résultats de survie. On parle d'hypo fractionnement.

Mots clés : *Radiothérapie, cancers du sein, hypo fractionnement.*

38. RADIOTHERAPIE MODÉRÉMENT HYPOFRACTIONNÉE VERSUS NORMOFRACTIONNÉE DANS LE CANCER DU SEIN : EVALUATION DES TOXICITÉS AIGUES SUR DES DONNÉES DE VIE RÉELLE MULTICENTRIQUES

Mahjoubi K. *Radiothérapeute, Tunis*

39. PRISE EN COMPTE DE L'ONCOSEXUALITE PAR LES ACTEURS DE LA P.E.C. DES CANCERS DU SEIN ET DE LA PROSTATE AU CHU DE TREICHVILLE A ABIDJAN

Sangare H. *Service de Cancérologie CHU de Treichville Abidjan Côte-d'Ivoire.*

Introduction : L'onco-sexualité, domaine important des soins de supports, constitue un concept nouveau à inclure de plus en plus dans notre pratique quotidienne.

Objectif : Evaluer le niveau de connaissance des praticiens impliqués dans la prise en charge des cancers du sein et de la prostate sur l'onco-sexualité au CHU de Treichville à Abidjan.

Méthodologie : Etude transversale à visée descriptive avec recueil des données du 01 au 30 novembre 2022 par un auto-questionnaire uniquement sous format électronique et sous anonymat. Ont été inclus les médecins (spécialistes ou en année de spécialité) impliqués dans la prise en charge des cancers du sein et de la prostate (oncologues médicaux, radiothérapeutes, urologues et gynécologues).

Résultats : À l'issue de la période d'enquête, 78 médecins ont répondu au questionnaire (64,1% hommes et 35,9% femmes). Les médecins étaient relativement jeunes avec un âge inférieur à 40 ans dans 89,7 % des cas et majoritairement en formation de spécialité. 83,3% avait des années d'expérience comprises entre 0 et 4 ans. Seulement 5,1 % des médecins ont bénéficié d'une formation en sexologie. Néanmoins 92,3 % des praticiens sont désireux de faire une formation en sexologie. Plus des trois quarts du professionnel médical interrogé estiment voir plus d'un patient par semaine avec un traitement potentiellement délétère pour leur sexualité. Environ 75% des médecins discutent avec les patients sur les risques de troubles sexuels avant le traitement. Les troubles sexuels les plus rapportés étaient la dysfonction orgasmique chez la femme et la dysfonction érectile chez l'homme. Lorsque l'onco-sexualité était évoqué, elle se faisait en consultation standard dans 60,1% des cas.

Mots-clés : *médecins, cancer, sexualité, CHU-Treichville, Abidjan.*

40. ANALYSE DE LA DENSITE MAMMAIRE CHEZ LES FEMMES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

Ouédraogo N-A. *Service de Radiologie, CHU Bogodogo, Ouagadougou.*

Objectifs : effectuer une analyse de la densité mammaire chez les femmes de la ville de Ouagadougou

Patients et méthodes. Etude transversale descriptive déroulée du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2022. L'échantillon était constitué des comptes-rendus de mammographie. La densité mammaire a été identifiée selon la 5^{ème} classification de l'American College of Radiology (ACR) du Breast Imaging Report And Data System (BIRADS). Deux groupes ont été formés : les seins denses et les seins peu denses. Les comptes-rendus ont été classés en trois groupes : résultats normaux, évocateurs de bénignité ou de malignité. Ces groupes ont été comparés par des items anamnestiques et radiologiques. Les analyses ont été réalisées à l'aide du test du khi carré. Le seuil de signification était de 0,05.

Résultats. Mille deux cent trente-six comptes-rendus de mammographies ont été analysés sur un total de 1423 mammographies réalisées durant la période de l'étude. L'âge moyen des patientes était 46,73 ans. La densité mammaire était significativement associée à l'âge, à la gestité, à la parité et à l'état de ménopause. Les résultats normaux étaient associés à des seins peu denses. Les anomalies évocatrices de bénignité étaient associées à des seins denses. Il n'y avait pas de différence significative entre la densité mammaire et les lésions évocatrices de malignité.

Conclusion. Les seins peu denses étaient liés à l'âge et à l'absence de lésions mammaires.

Mots clés : *densité mammaire, mammographie, cancer sein, Burkina Faso.*

41. AUDIT DES EXPLORATIONS MAMMOGRAPHIQUES ET ECHOGRAPHIQUES DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

Ouédraogo N-A. *Service de Radiologie, CHU Bogodogo, Ouagadougou.*

Objectifs : présenter le bilan des explorations mammographiques et échographiques réalisées dans la ville de Ouagadougou.

Patients et méthodes. Etude transversale descriptive déroulée du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2022. L'échantillon était constitué des comptes-rendus de mammographie réalisés durant la période de l'étude. Le profil sociodémographique, l'indication de l'examen, les anomalies radiologiques et la conclusion de l'examen mentionnés sur les comptes-rendus ont été notés.

Résultats. Mille deux cent trente-six comptes-rendus de mammographies ont été analysés sur un total de 1 423 mammographies réalisées durant la période de l'étude. L'âge moyen des patientes était 46,73 ans. Les antécédents personnels de pathologie mammaire étaient notés dans 9,25 % des cas et les antécédents familiaux, dans 6,9 % des cas. Les symptômes constituaient l'indication principale dans 51,05 % des cas. Les résultats étaient normaux dans 54,4 % des cas. Des anomalies évocatrices de bénignité étaient notées dans 39,2 % et celles évocatrices de malignité dans 6,4 % des cas.

Conclusion. La mammographie et l'échographie sont réalisées principalement pour l'exploration de symptômes dans notre contexte. Il existe un intérêt à mettre en œuvre un dépistage de masse du cancer du sein.

Mots clés : mammographie, échographie mammaire, cancer sein, Burkina Faso.

CANCERS DIGESTIFS

42. PANORAMA DES CANCERS DIGESTIFS AU SERVICE D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE DU CHU DE LIBREVILLE.

Itoudi Bignoumba PE. *Service d'hépto-gastroentérologie du CHU de Libreville Gabon.*

Introduction : L'objectif était de décrire les aspects épidémiologiques des cancers digestifs au service d'Hépatogastroentérologie du CHU de Libreville.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale menée au service d'hépto gastroentérologie du CHU de Libreville, de janvier 2018 à décembre 2022. Nous avons inclus tous les patients chez qui le diagnostic de cancer digestif avait été posé pendant cette période. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques avaient été recueillies sur des fiches standardisées. L'analyse statistique avait été réalisée grâce aux logiciels Excel 2020 et Epi info 7.2.

Résultats : Sur 2579 patients hospitalisés durant la période d'étude, nous avons colligé 180 cas de cancers digestifs, soit une fréquence hospitalière de 7 %. Il y avait 111 hommes et 69 femmes soit un sex-ratio de 1.68. Le cancer primitif du foie représentait 35,5%, suivi du cancer de l'estomac 20%, le cancer colorectal 15,5 % et le cancer du pancréas 12,2%. Le diagnostic était établi à un stade avancé dans 61,1% ; localement avancé dans 34,4% et localisé dans 4,5%.

Conclusion : Le diagnostic de cancer digestif est tardif et dominé par le cancer primitif du foie.

Mots clés : *cancer digestif, cancer primitif du foie, Gabon.*

43. PANORAMA DES ASPECTS EPIDEMIO-PATHOLOGIQUES DES TUMEURS MALIGNES DU TUBE DIGESTIF AU LABORATOIRE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHU DE BRAZZAVILLE : DE 2018 A 2022.

Mouamba FG. *Service d'anatomie cytopathologique, CHU de Brazzaville.*

Introduction : Il s'agit dans ce travail des tumeurs malignes développées aux dépens du tube digestif, c'est-à-dire de l'œsophage au canal anal, en passant par l'estomac, l'intestin grêle, et le recto-côlon, avec pour but d'en étudier les aspects épidémiologiques et morphologiques.

Matériels et méthodes : C'est une étude transversale descriptive, intéressant tous les cas des cancers du tube digestif, avec preuve histologique, au laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU de Brazzaville pendant la période allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2022. Nous avons aussi pris en compte la « Tumeur Stromale Gastro-Intestinale à risque élevé de récurrence ».

Résultats : les tumeurs malignes ont constitué 28,8% de la pathologie du tube digestif, avec 182 cas sur 633 prélèvements colligés. L'âge moyen a été de 54,4 ans +/- 14,7 (2-96 ans). La tranche d'âge de 60 à 70 ans a été la plus concernée. Il a été noté une discrète prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,1. La localisation la plus fréquente a été le segment recto-colique avec 62,1% (n=113), suivi de l'estomac avec 25,8%(n=47). L'œsophage, le grêle et le canal anal ont représentés respectivement 4,4%, 4,4% et 3,3%. Toute localisation confondue, 95%(n=173) les cancers ont été de type épithélial, parmi lesquels 92,5% d'adénocarcinome sous différentes présentations, 6,4% de carcinome épidermoïde, et 1,1% de carcinome neuroendocrine. Les tumeurs non épithéliales représentant 5% (n=9) des cancers, et étaient constituées des GIST (66,6% ; n=6), des lymphomes de type MALT (22,2 ; n=2) et d'un cas de sarcome fusocellulaire de haut grade.

Conclusion : Cette étude montre une distribution globale des entités histologiques des cancers du tube digestif en décrivant par ailleurs leurs aspects épidémiologiques. Elle constitue le point de départ d'autres études, segment digestif par segment, en tenant compte des particularités liées à chaque localisation.

Mots clés : *Cancer, tube digestif, épidémiologie, Anatomie pathologique.*

44. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PERCEPTIONS DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL À BRAZZAVILLE

Mimiesse Monamou J F. *Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI Brazzaville; Service de Gastro-entérologie et Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.*

Objectif : étudier les connaissances, les attitudes et les perceptions des habitants de Brazzaville sur le cancer colorectal et son dépistage.

Population et méthode : nous avons mené une étude transversale de type CAP, allant du 1^{er} juin au 31 octobre 2022 dans les structures publiques et privées de Brazzaville. Les variables étudiées étaient les paramètres sociodémographiques de la population d'étude, les connaissances, les attitudes et les perceptions sur le cancer colorectal.

Résultats : nous avons colligé 803 participants dont 447 femmes et 386 hommes âgés de 18 à 67 ans soit un âge moyen de $33,51 \pm 10$ ans. Les sources d'information principales de la population étaient le personnel de santé (78,2%) et l'internet (52,6%). Après une évaluation globale, le niveau de connaissances était insuffisant dans 29,6% des cas, les attitudes étaient suffisamment adaptées (55,7%) et les perceptions adaptées (97,3%). Les facteurs influençant les connaissances étaient l'âge jeune, compris entre 18 et 49 ans, le niveau d'instruction moyen et supérieur, le personnel soignant et le niveau socioéconomique élevé. Les facteurs influençant les attitudes étaient le niveau d'études élevé, le personnel soignant et le niveau socioéconomique élevé. Les bonnes connaissances étaient associées aux bonnes attitudes et aux bonnes perceptions.

Conclusion : le cancer colorectal en général et son dépistage en particulier sont méconnus par la population. Les connaissances, les attitudes et les perceptions sont étroitement liées. Des activités de sensibilisation et de dépistage sont nécessaires pour l'amélioration des connaissances, attitudes et perceptions des populations.

Mots clés : cancer colorectal, connaissances, attitudes, perceptions, dépistage, Brazzaville.

45. LE CANCER PRIMITIF DU FOIE AU CHU DE LIBREVILLE A PROPOS DE 74 CAS.

Itoudi Bignoumba PE. *Service d'hépatogastroentérologie du CHU de Libreville.*

Introduction. Le cancer primitif du foie (CPF) est le cancer digestif le plus fréquent dans notre région. L'objectif était de décrire le profil épidémiologique et pronostique du CPF au CHU de Libreville.

Méthodologie. Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus les CPF diagnostiqués au CHU de Libreville entre juin 2016 et décembre 2021. Nous avons colligé les données épidémiologiques, étiologiques et pronostiques.

Résultats. Parmi les 74 CPF inclus, il y avait 42 hommes et 32 femmes soit un sex-ratio de 1,3. L'âge moyen était de 48,6 ($\pm 18,6$) ans. Les étiologies étaient le VHB (43,4%), le VHC (35,9%), les co-infections VHB et VHC (3,1%), les co-infections avec le VIH (14,1%) et 6,7% étaient sans cause retrouvées. Les hommes atteints de CHC étaient plus jeunes que les femmes ($46,8 \pm 14,5$ ans contre $62,2 \pm 12,2$ ans, $p < 0,0001$). La cirrhose était présente chez 91,7% des patients. Les symptômes évoluaient depuis 89 ± 198 jours. La dimension moyenne de la tumeur était de 84 ± 50 mm et le HCC était déjà multifocal dans 73% des cas. Sur le plan étiologique, l'Ag HBs était plus fréquent chez les hommes (83,5% vs 35,9%, RC = 8,6, IC à 95 % = 2,5 à 35,5, $p = 8,8 \text{ E-}05$) alors que la présence des anti-VHC étaient associés aux femmes (73,8 % vs 22,7 %, RC = 9,1, IC à 95 % = 2,5 à 39,9, $p = 1,4 \text{ E-}04$). La consommation d'éthanol était associée à des tumeurs plus petites (75 ± 50 mm contre 106 ± 40 mm, $p = 0,014$). L'AFP sérique était franchement élevée (>400 ng/ml) chez 35,8 % des cas de CHC. Il était au stade BCLC-D dans 81,1%, BCLC-C dans 16,2% et BCLC-A chez 2,7%. Un patient a bénéficié d'une hépatectomie partielle, deux patients ont eu une chimio-embolisation et 18 ont été mis sous Sorafenib. La médiane de survie était de 5 ± 4 mois.

Conclusion. Le CPF est un cancer de l'homme jeune volontiers infecté par le VHB et découvert au stade tardif.

Mots clés : cancer primitif du foie, cirrhose, Gabon.

46. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DES CANCERS DIGESTIFS CHEZ LES ADULTES JEUNES AU CHU DE BRAZZAVILLE

Ngami RS. Service de Gastroentérologie et Médecine interne, CHUB, République du Congo; Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi, République du Congo. rodyngami@gmail.com

Objectif : étudier les caractéristiques socio démographiques, cliniques et pronostiques des cancers digestifs chez les adultes jeunes au CHU de Brazzaville en 2022.

Patients et Méthodes : nous avons mené une étude descriptive transversale rétrospective, menée de janvier 2020 à décembre 2022 soit une période de 3 ans, ayant porté sur les dossiers médicaux des patients des deux sexes, âgés de 18 à 50 ans, hospitalisés dans le service de Gastroentérologie du CHU de Brazzaville pour cancer du tube digestif.

Résultats : au total, 2271 patients ont été hospitalisés parmi lesquels 77 (3,33%) pour cancer du tube digestif dont 39 adultes de moins de 50 ans, soit 50,65% des cancers digestifs. Il s'est agi de 24 hommes et 15 femmes, soit un *sex ratio* de 1,60. L'âge moyen des patients était de 39,74 ans ; les extrêmes étaient de 20 et 50 ans. Les cancers colo rectaux étaient les plus fréquents (61,54 %) suivis des cancers gastriques (28,21 %). La forme ulcéro-bourgeonnante et sténosante était la plus fréquente (43,59%). L'histologie était disponible chez 11 patients, dominée par l'adénocarcinome (20,51%) dont un cas de linite gastrique, suivi de par le carcinome épidermoïde (7,69%). Le diagnostic était plus souvent fait (25,64%) au stade II ; cependant, dans la majorité des cas (38,46%), la tumeur n'était pas classée. Le foie était le site de prédilection des métastases (55,56%). Trente et trois patients (84,62%) étaient transférés en chirurgie digestive parmi lesquels 13 (34,21%) étaient opérés ; le traitement n'était pas précisé dans les autres cas. Au cours du suivi, 28 patients (71,79%) étaient perdus de vue, 3 (7,69%) en rémission, 2 cas (5,13%) de stabilité, 1 cas (2,56%) de récurrence et 5 cas (12,82%) de décès étaient notés. La durée moyenne de suivi était de 7,07 mois avec les extrêmes de 1,07 et 28,63.

Conclusion : le cancer colorectal est le cancer digestif le plus fréquent chez les adultes jeunes avec une prédominance masculine. Le taux élevé de perdus de vue est probablement lié au manque de coordination entre les spécialistes responsables de la prise en charge des cancers mais aussi des problèmes financiers.

Mots clés : cancers digestifs, adultes jeunes, CHU Brazzaville.

47. THERAPEUTIQUES INNOVANTES EN COTE D'IVOIRE : CAS DU PROTOCOLE ATEZOLIZUMAB-BEVACIZUMAB DANS LES CARCINOMES HEPATO-CELLULAIRES (CHC) AVANCES AU CHU DE TREICHVILLE A ABIDJAN

Odo BA. *Service de cancérologie de Treichville Abidjan.*

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est un cancer réputé de mauvais pronostic, avec des thérapeutiques souvent décevantes sous nos tropiques. Cependant, il s'agit d'un des cancers qui a bénéficié ces dernières années d'avancées thérapeutiques notables avec l'avènement des anti-angiogéniques (sorafénib, bévacizumab) et des anti-PDL1 (atézolizumab). Ces thérapeutiques sont actuellement disponibles et gratuites pour certaines en Côte d'Ivoire.

Objectif : Evaluer le protocole atézolizumab-bévacizumab dans le CHC au CHU de Treichville.

Méthodologie : étude transversale à visée descriptive avec recueil rétrospectif des données du 11 juin 2021 au 31 décembre 2022 incluant tous les patients porteurs d'un cancer du foie et ayant reçu un traitement par atézolizumab-bévacizumab.

Résultats : Durant la période d'étude, 47 patients ont reçu ce protocole sur les 56 patients chez qui avait été proposé en RCP ce protocole. L'âge moyen des patients était de 41,70 ans avec une prédominance masculine. Seulement 4,25% des patients étaient vaccinés contre l'hépatite. Les signes cliniques étaient dominés par l'hépatomégalie dans 91,49% des cas suivis de la douleur dans 80,85% des cas sur des données de la littérature. L'ictère était la complication la plus retrouvée dans 68,08% des cas. 85,11% des patients avaient un CHILD B et 80,85% étaient classés stade C de la BCLC. 55,32% des patients avaient une confirmation histologique. La moyenne de cure réalisée était de 4,3 cures et les inter-cures étaient respectées dans l'ensemble avec une moyenne de 21,85 jours. Il s'agissait d'un protocole relativement bien toléré. Un seul patient avait présenté une thyroïdite et deux patients, une hépatite aigue. Aucun épisode hémorragique n'a été observé, ni hypertension artérielle. 59,57% des patients tous stades confondus avaient bénéficié d'une évaluation clinique et radiologique après le 4^{ème} cure. Tous les patients BCLC-B évaluable avaient une réponse objective supérieure à 50% sous traitement ; tandis que cette réponse était observée chez 35,83% des patients BCLC-C. Cependant sept décès et deux pertes de vue ont été enregistrés au cours de la période d'étude.

Mots-clés : *carcinome hépato-cellulaire, atézolizumab, bévacizumab, Abidjan.*

48. ADENOCARCINOME DU PANCREAS AU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN. ASPECTS DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS.

Ilboudo M. *Service de cancérologie CHU de Yalgado Ouédraogo.*

Introduction : Le cancer pancréatique occupe le 9^{ème} rang en termes d'incidence et 4^{ème} cause de décès par cancer en France. Ce travail a pour but d'étudier les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des adénocarcinomes du pancréas au centre Hospitalier de Perpignan.

Patients et Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective transversale du 1^{er} janvier 2019 au 30 Juin 2021, par recrutement systématique. Ont été inclus tout patient ayant un adénocarcinome pancréatique. Nous avons utilisé le test de khi² pour la comparaison des variables. Le p value est dit significatif si $\leq 5\%$.

Résultats : Nous avons colligé 134 adénocarcinomes du pancréas avec un âge moyen de 70,5 ans et un sex-ratio de 1,4. Au diagnostic, 26% des tumeurs étaient localisées ou borderline, 19% localement avancées et 55% métastatiques. Les métastases étaient hépatiques dans 82,2% des cas. La chirurgie curative a représenté (26 ,1%) des cas, dont de 71,4% duodéno-pancréatectomie céphalique et 28,6% de pancréatectomie gauche. Le folfirinox a été utilisé à 60%, 70,3% et 61 ,53% respectivement en néoadjuvant, palliatif et adjuvant. La survie globale tout stade confondu était de 9,2 mois et de 17,2 mois pour les stades localisés. Le taux de survie à 2 ans était de 18% et 60% respectivement en cas de maladie métastatique et non métastatique au diagnostic respectivement. Le taux de mortalité était de 45,5%.

Conclusion : Le diagnostic de l'adénocarcinome reste tardif (74%) et malgré un délai de prise en charge correct, le pronostic demeure sombre. La chirurgie reste certes, le pivot du traitement curateur mais le gain en survie lié à l'adjonction péri-opératoire du folfirinox est sans ambages.

Mots clés : *cancer au pancréas, profil évolutif, perpignan*

49. NODULE DE SŒUR MARY-JOSEPH REVELANT UN ADENOCARCINOME DU PANCREAS : A PROPOS D'UN CAS SUIVI A L'INSTITUT DE CANCEROLOGIE D'AKANDA DE JUIN 2022 A JANVIER 2023.

Nziengui TC. *Institut de Cancérologie d'Akanda, Libreville - Gabon.*

Le nodule de Sœur Mary-Joseph est une entité rare. Elle représente un mode de découverte de tumeurs abdominales dont la plupart sont représentées par les adénocarcinomes gastriques.

Nous rapportons un cas exceptionnel d'une tumeur ombilicale type Sœur Mary-Joseph survenue chez une patiente de 70 ans, sans antécédent particulier. Il s'agissait d'un mode de révélation tardive d'un adénocarcinome corporéo-caudal du pancréas. La clinique notait un nodule ombilical fistulisé sans altération de l'état général. L'exérèse de cette lésion était en faveur d'une métastase cutanée d'un adénocarcinome. Le scanner abdominal retrouvait une masse corporéo-caudale tumorale du pancréas. Aucune autre lésion suspecte des autres organes intrathoraciques ou intra-abdominaux n'a été retrouvée.

La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie anticancéreuse à visée palliative. L'évolution sous ce traitement a été marquée par une progression de la maladie et le décès de la patiente.

Mots clés : *Nodule de Sœur Mary- Joseph, pancréas, métastase cutanée, adénocarcinome.*

50. TUMEUR NEUROENDOCRINE DIGESTIVE NON FONCTIONNELLE : A PROPOS DE 2 CAS DIAGNOSTIQUES A L'INSTITUT DE CANCEROLOGIE D'AKANDA EN 2022

Nzamba BPL, *Institut de Cancérologie d'Akanda, Libreville - Gabon.*

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) digestives sont des tumeurs rares très peu diagnostiquées en Afrique Subsaharienne. Elles sont peu fonctionnelles au stade localisé et généralement découvertes sur l'analyse histologique d'une pièce opératoire. Leur prise en charge dépend d'un bilan d'extension complet et optimal qui est peu disponible dans notre contexte d'exercice.

Nous rapportons deux observations de tumeur neuroendocrine digestive bien différenciée survenu sur des patients de sexe masculin opérés d'emblée et diagnostiquée au Gabon en 2022. Les tumeurs étaient localisées et non fonctionnelles sur la limite des examens réalisés.

Les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de ces tumeurs rares seront ressorties afin d'établir la problématique de leur prise en charge dans nos pays au sud du Sahara.

51. PERTINENCE DE LA DECISION THERAPEUTIQUE MEDICALE LORS DE LA PEC DES CANCERS COLORECTAUX AU SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE DU CHU-B

Litingui Mboba TM. *Service de cancérologie CHU de Brazzaville Congo.*

Introduction : la pertinence de la décision thérapeutique médicale est au centre de la prise en charge des patients en oncologie. Une décision est dite pertinente lorsqu'elle est prise dans le cadre décisionnel reconnue qui est celui de la RCP. Les éléments de prise de décision sont contenus dans les comptes rendus : opératoire, anatomopathologique, immunohistochimique et de biologie moléculaire. Tout ceci étant associé aux critères clinico-biologiques.

Patients et méthode : il s'est agi d'une étude transversale descriptive à recueil de données rétrospectives. Tous les patients âgés de 18 au moins et ayant bénéficié d'un traitement par chimiothérapies et/ou une thérapie ciblée ont été inclus.

Résultats : la décision thérapeutique médicale était pertinente dans 4% des cas et non pertinente dans 95,9% des cas. Aucun dossier n'avait fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. La chimiothérapie avait été réalisée chez 61,2% et 3,3% des patients avaient bénéficié d'association chimiothérapie-thérapies ciblées. Cette décision thérapeutique non pertinente était justifiée dans 97,8% cas et non justifiée dans 2,1% des cas. L'évolution était favorable chez 30,6% des patients et défavorable chez 69,3%.

Conclusion : la prise en charge des cancers colorectaux fait appel à une concertation pluridisciplinaire qui se matérialise dans le cadre de la RCP et permet d'aboutir à une décision thérapeutique pertinente. L'inexistence de ce cadre décisionnel conduit souvent à des décisions erronées. Des efforts de standardisation des procédures de prise en charge et d'institutionnalisation de la RCP doivent être consentis afin d'améliorer le pronostic ainsi que la survie des patients.

Mots-clés : *Cancers colorectaux, Chimiothérapie, Thérapie-ciblées, Pertinence, RCP, Justifié, décision.*

52. DETECTION DE L'ADN DU VIRUS D'EPSTEIN BARR DANS L'ADENOCARCINOME GASTRIQUE A BRAZZAVILLE.

Mambouene F. *Service d'anatomie cytopatologique CHU de Brazzaville.*

Introduction : Le virus d'Epstein Barr (EBV) est associé à une variété de tumeurs malignes humaines, y compris le cancer gastrique (GC). Plusieurs études ont montré une association entre l'infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV) et l'apparition de nombreux cancers chez l'homme, y compris certains carcinomes gastriques (GC). En effet, des études récentes ont rapporté que 10% des GC sont associés à l'EBV. Il n'y a pas d'étude sur l'association de l'EBV avec le cancer gastrique à Brazzaville. Le but de l'étude était de détecter l'ADN de l'EBV dans l'adénocarcinome gastrique à Brazzaville.

Matériel et méthodes : Des échantillons de tissus gastriques carcinomateux ont été analysés par qPCR pour détecter l'ADN du VEB. Les échantillons ont été prélevés rétrospectivement entre janvier 2008 et décembre 2018.

Résultats : Cinquante-deux échantillons ont été analysés. Les résultats de la PCR ont montré que la détection de l'ADN EBV sur notre échantillon était de 3,8%.

Conclusion : Les résultats obtenus à partir de cette étude préliminaire confirment la présence d'ADN EBV dans l'adénocarcinome gastrique, ce qui est cohérent avec les données du lite.

Mots-clés: ADN, EBV, adénocarcinome gastrique, qPCR.



53. OCCLUSIONS SUR CARCINOSE PERITONEALE : CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES DANS LES HOPITAUX DE REFERENCE DE DOUALA ET YAOUNDE

Ekwa Langa. *Service de cancérologie, Hôpital général de Douala - Cameroun.*

Introduction : Les occlusions sur carcinose péritonéale sont le plus souvent une forme d'évolution terminale des cancers, dont la prise en charge représente toujours une difficulté pour le personnel soignant. Au Cameroun, les données publiées sont rares, voire inexistantes dans certains pays, nous avons donc entrepris d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des occlusions sur carcinose péritonéale dans 3 hôpitaux de référence de Douala et Yaoundé.

Méthodologie : Nous avons mené une étude analytique rétrospective couvrant une période de 5 ans (Janvier 2017 à Décembre 2021) avec un volet prospectif et à partir des dossiers cliniques des patients diagnostiqués d'une occlusion sur carcinose péritonéale dans les services d'oncologie et de chirurgie viscérale de 3 hôpitaux de référence des villes de Douala et Yaoundé. Les variables étudiées étaient les données socio-démographiques, cliniques et paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Les données ont été analysées avec les logiciels MS Excel 2016 et Stata version 13. Les courbes de survie ont été réalisées à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier. La différence était considérée comme significative lorsque $p < 0,05$.

Résultats : Au total, sur 12 553 dossiers dépouillés, 243 (1,93%) cas d'occlusions intestinales ont été répertoriés et parmi eux 37 (15,22%) étaient des occlusions sur carcinose péritonéale, dont 6 ont été exclus pour informations incomplètes. La moyenne d'âge des 31 patients inclus avec occlusion sur carcinose était de 54,22 (± 18) ans, avec une prédominance féminine (18 ; 58,06%). Les cancers primitifs les plus retrouvés étaient le cancer colorectal (45,15%) et le cancer de l'ovaire (19,35%). Les manifestations cliniques les plus retrouvées étaient la douleur abdominale (100%), l'arrêt des matières et des gaz (90,32%) et le tympanisme (90,32%). L'occlusion était basse dans 70,96% des cas. Le traitement médical était l'option thérapeutique la plus utilisée dans 64,52% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,87 jours. La survenue de complications était observée chez 29,03% des patients (9/31) des cas. La médiane de survie était de 3,26 mois. Il n'y avait pas d'association significative entre la survie et le type de traitement utilisé.

Conclusion : Les occlusions sur carcinose péritonéale représentent 15% des occlusions intestinales dans notre contexte. Elles touchent particulièrement les femmes et les personnes âgées de plus de 50 ans. La survie globale n'est pas associée au type de traitement, toutefois le traitement médical améliorerait l'évolution clinique des malades.

Mots clés : Occlusion, carcinose péritonéale, traitement, courbe de survie.

54. TUMEUR MIXTE NEUROENDOCRINE ET NON NEUROENDOCRINE DE LA VESICULE BILIAIRE : UN TYPE HISTOLOGIQUE RARISSE SUR UNE LOCALISATION RARE.

Mouamba FG. *Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU de Brazzaville.*

Introduction : Les tumeurs de la vésicule biliaire et de la voie biliaire sont rares et concernent pour l'essentiel les adénocarcinomes. Les tumeurs neuroendocrines sont exceptionnelles sur cette localisation. Nous rapportons le cas d'une tumeur neuroendocrine, en plus dans sa variante de « lésion mixte neuroendocrine et non neuroendocrine (MiNEM) », avec revue de la littérature.

Observation : Ce cas a intéressé Monsieur B, âgé de 73 ans présentant une tumeur de la vésicule biliaire, ayant fait l'objet d'une cholécystectomie après investigations cliniques et paracliniques. Il a été communiqué au laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU de Brazzaville une pièce de cholécystectomie. Elle mesurait 8 cm de long, avec une paroi épaissie et jaunâtre à la coupe. Les coupes réalisées ont permis de mettre en évidence une prolifération tumorale carcinomateuse à double contingent, neuroendocrine d'architecture cordonale et glandulaire d'architecture tubuleuse et polyadénoïde.

Conclusion : Il s'agit d'un seul cas, qui a été diagnostiqué sur base histologique et qui pose aussi le problème de la disponibilité des études en immunohistochimie dans notre contexte. Il est vrai que des cancers de la vésicule biliaire soient surtout à différenciation glandulaire, ce cas met en exergue la possibilité d'autres types histologiques bien que rares.

Mots clés : *Vésicule biliaire, MiNEM, Histopathologie.*

CANCERS DE LA PROSTATE

55. ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER METASTATIQUE DE LA PROSTATE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE de 2015 A 2022.

Odzebe AWS. Service d'urologie – andrologie ; CHU de Brazzaville - Congo.

Introduction : Le cancer de la prostate (CaP) est une maladie dont l'importance ne cesse de croître dans le monde. Bien que sa fréquence et son incidence en Afrique surtout sub-saharienne ne soit globalement plus faible qu'en Occident, la région abrite les plus grandes populations d'hommes noirs, un groupe à haut risque de cancer de la prostate bien établi. Son histoire naturelle et la médiocrité des systèmes de santé en Afrique conduisent à des diagnostics tardifs, à un stade avancé voire métastatique. Il n'existe alors aucun moyen établi de prévenir le cancer de la prostate ou même de guérir une maladie avancée, ainsi la détection précoce demeure la meilleure option.

Objectifs : l'objectif général de cette étude était d'évaluer l'ampleur de du cancer métastatique de la prostate (CaPm).

Méthodologie : nous avons réalisé une étude documentaire, monocentrique et rétrospective ayant compilé les dossiers médicaux des patients hospitalisés dans le service d'UrologieAndrologie du CHU de Brazzaville pour CaPm au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2022, soit une période de huit (08) ans. Les paramètres étudiés étaient la prévalence, l'incidence annuelle et globale, l'âge, la durée d'hospitalisation, la localisation des métastases, la létalité et la mortalité.

Résultats : sur un total de 4079 patients hospitalisés durant la période d'étude, 116 patients présentaient un CaPm, soit une prévalence hospitalière de 2,8%. L'incidence globale du CaPm était de 30 nouveaux cas pour 1000 hospitalisations. L'incidence annuelle la plus élevée était de 48‰ puis 39‰ avec une tendance croissante durant la période d'étude, respectivement observée en 2022 et 2019. L'âge moyen des patients était de $70,1 \pm 8,5$ ans et des extrêmes de 50 à 90 ans. Les tranches d'âge les plus représentées étaient celle de 70 à 79 ans puis celle de 60 à 69 ans avec respectivement une proportion de 41,4% (48 patients) et 31% (36 patients). La durée moyenne d'hospitalisation était de $8,22 \pm 7,6$ jours avec des extrêmes allant de 1 à 49 jours. La localisation métastatique osseuse était la plus retrouvée chez 110 patients (94,7%) dont 91 patients (78,4%) avec des métastases osseuses isolées. On dénombrait 23 cas de décès dû au CaPm durant la période, soit un taux de mortalité de 5,6 pour 1000 hospitalisations. Sur un total de 116 cas de CaPm, le taux de létalité était donc de 19,8%. La proportion de décès dû au CaPm était de 10,6%. La principale cause de décès était l'insuffisance rénale obstructive dans 43,5% des cas.

Conclusion : l'incidence du CaPm en hospitalisation est en nette croissance depuis 8 ans et elle représente une morbidité importante et cause importante de mortalité dans le service.

Mots clés : cancer, prostate, métastase, épidémiologie

56. RESULTATS THERAPEUTIQUES DE 32 PATIENTS ATTEINTS DE CANCERS DE LA PROSTATE IRRADIES AU CENTRE DE RADIOTHERAPIE MUK ET MASEB A KINSHASA

Dao A. *Centre de radiothérapie MUK et MASEB de Kinshasa - RDC.*

Introduction_: La radiothérapie occupe une place importante dans le management des cancers de la prostate. Elle est à visée curative dans les cancers localisés ou localement avancés. Elle contribue à améliorer le contrôle local et la survie globale dans les cancers oligo-métastatiques. Elle permet d'améliorer la qualité de vie en cas de métastases. Depuis son inauguration en mars 2020, le centre de radiothérapie Muk et Maseb traitent les patients atteints de cancers de la prostate avec des techniques modernes comme la RCMI et la VMAT. L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques cliniques et les résultats thérapeutiques.

Patients et méthode : nous avons conduit une étude de cohorte ayant inclus tous les cas de cancer de prostate irradié au sein de notre centre quel que soit le stade et l'objectif du traitement. Les données ont été saisies et analysées sur spss2021.

Résultats : Sur 720 patients reçus entre mars 2020 et mars 2022, la fréquence des cancers de la prostate était de 7,78% (56/720). L'âge moyen était de 68 ans variant entre 54 ans et 82 ans. L'adénocarcinome était le seul type histologique rencontré. La radiothérapie a été administrée chez 32 patients soit 57%. Elle était à visée curative chez 21 patients et à visée palliative dans 17 cas. Nous avons enregistré 10 décès dont 9 cas de patients irradiés à visée palliative et 1 cas de patient irradié à visée curative. Nous avons enregistré un seul cas de rectite chronique à ce jour.

Commentaires : la radiothérapie apporte un bénéfice certain dans la prise en charge des cancers de la prostate. Elle améliore la survie sans progression et la survie globale et contribue à assurer une bonne qualité de vie.

Conclusion : La disponibilité d'une radiothérapie moderne à Kinshasa est une aubaine pour améliorer la prise en charge des cancers de la prostate dans la sous-région

Mots clés : *cancer-prostate-radiothérapie-irradiée.*

57. DOCETAXEL DANS LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE NAÏF D'HORMONOTHÉRAPIE : EXPÉRIENCE DU SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE DU CENTRE MÉDICAL INITIATIVE PLUS (CHIP) ET DE LA CLINIQUE NGALIEMA À KINSHASA: A PROPOS DE 28 CAS

Lokonga V W. *Centre Médical Initiative Plus de la Clinique Ngaliema de Kinshasa RDC.*

Introduction : Le cancer de la prostate est premier cancer chez l'homme après 50 ans et la 2ème cause de décès par cancer après le cancer du poumon. C'est une maladie hormonosensible et chimiosensible. La chimiothérapie peut réduire les taux sériques de PSA chez les patients atteints d'un cancer de la prostate naïf d'hormonothérapie mais la tolérabilité est préoccupante, d'autant plus que la plupart des patients sont des personnes âgées et que beaucoup ont d'autres problèmes médicaux.

Méthode et Matériels : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 28 patients diagnostiqués de cancer de la prostate métastatique naïfs du traitement ayant bénéficié de Docetaxel plus prednisone en première ligne colligés au service d'oncologie médicale du CHIP et de la clinique Ngaliema durant une période de 2 ans allant de Janvier 2021 à Décembre 2022.

Résultat : L'âge moyen était de 70,5 ans, 60,7% de patients était T3N1M1 lors du diagnostic. Le score de Gleason était à 7 dans 53,5% et 8 dans 32,1% et 9 dans 14,2%. Le site de métastase, le plus rencontré était l'os dans 100% suivi du foie dans 71,4% et du poumon dans 35,7% et 74% de patients présentaient les métastases dans plus de 2 sites. Tous les patients étaient OMS1 et ont bénéficié de docetaxel en première ligne à la dose de 75 mg par mètre carré chaque trois semaines, soit 50 mg par mètre carré chaque 2 semaines plus prednisone et castration. 85,7% ont reçu une castration médicale et 14,2% de patients avait bénéficié de castration chirurgicale. Le nombre de cure moyen était de 5 cures. La durée médiane de la réponse du PSA a varié de 6 à 7 cures soit 5 à 6 mois de traitement accompagné de réponse radiologique. 17,8 % soit 5 patients ont reçu plus de 10 cures avec une maintenance avec castration seule. La complication la plus rencontrée était hématologique (neutropénie) dans 17,8% suivie de neuropathie périphérique grade 2 dans 10,7%.

Conclusion : Chimiothérapie cytotoxique à base de docetaxel peut prolonger de manière significative la survie chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate. Nos données suggèrent que le docetaxel plus prednisone est l'option préférée pour la plupart des patients atteints d'un cancer de la prostate avec métastase viscérales, bien que la réponse du PSA tardive avec une tolérance acceptable selon l'état général de patient.

58. EFFICACITE ET TOXICITE DE LA CURIETHERAPIE PROSTATIQUE EN COMPLEMENT APRES RADIOTHERAPIE EXTERNE POUR LES CANCERS DE PROSTATE DE RISQUE INTERMEDIAIRE OU ELEVE : ETUDE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE DU GROUPE CURIETHERAPIE DE LA SFRO

Kanta KA. *Gustave Roussy, Villejuif - Paris, France.*

Introduction: L'escalade de dose de radiothérapie dans les cancers de prostate de risque intermédiaire ou haut risque améliore le contrôle biochimique. Le complément en curiethérapie qui permet de délivrer une dose élevée, a montré dans trois essais randomisés un bénéfice supérieur par rapport à la radiothérapie seule. Le groupe curiethérapie de la SFRO a conduit une étude rétrospective multicentrique pour rapporter des données d'efficacité et de tolérance du complément en curiethérapie en vie réelle.

Matériel et méthode : une étude rétrospective multicentrique a été conduite, incluant la totalité des patients consécutifs atteints de cancer de prostate de risque intermédiaire ou haut risque traités par association de radiothérapie externe et de boost en curiethérapie, qu'elle soit par haut débit de dose (HDD) ou par implants permanents de grains d'iode 125 (GI), de 2006 jusqu'en décembre 2019. Les caractéristiques des patients, de la maladie initiale, des traitements et du suivi ont été recueillies.

Résultats : 1013 patients ont été inclus (dont 960 traités après 2010). 914 patients ont été suivis et analysés, dont 864 traités en HDD (dose médiane 14 Gy en une fraction) et 50 en GI (dose médiane 110 Gy). 424 étaient de risque intermédiaire et 490 de haut risque. La dose médiane de radiothérapie externe était de 46 Gy. Après un suivi médian de 63 mois, le contrôle biochimique à 5 ans était de 90% pour la population globale, 94% et 86% pour les cancers de risque intermédiaire ou haut risque, respectivement. A 5 ans, les taux de survie sans rechute biochimique ni clinique, survie sans métastase et contrôle local étaient respectivement de 67%, 92% et 97%. Une toxicité tardive de grade 2 ou plus était retrouvée chez 70 patients (7,7%) et 18 patients (2%) sur les plans urinaire et digestif.

Conclusion : cette étude multicentrique montre l'efficacité de l'association de la curiethérapie en complément de la radiothérapie externe et sa bonne tolérance. Cette base de données, en cours d'enrichissement, montre le dynamisme du groupe curiethérapie de la SFRO et va permettre de mieux étudier les facteurs influençant le contrôle du cancer de prostate et de contribuer à la diffusion de cette technique sur le territoire national.

59. CHIMIOTHÉRAPIE ET COVID-19 CHEZ UN HOMME PORTEUR D'UN CANCER DE LA PROSTATE : À PROPOS D'UN CAS

Sango AJF, Département de Médecine Interne et Pédiatrie, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Buea, Yaoundé - Cameroun.

La chimiothérapie est une modalité thérapeutique qui utilise les médicaments toxiques à la fois pour la cellule cancéreuse et les cellules à renouvellement rapide. Dans les cancers de la prostate, elle est indiquée pour les formes métastatiques hormono-résistantes à la castration.

En décembre 2019, les premiers cas humains du Covid-19, causés par le SARS-CoV 2 étaient signalés à Wuhan en Chine. Ces coronavirus provoquent des infections respiratoires qui peuvent être mortelles.

Nous rapportons un cas d'adénocarcinome de la prostate avec des métastases osseuses, diagnostiqué de puis 2015 chez un homme de 62ans, aux antécédents de Diabète de type 2. Il est reçu aux urgences 5jours après une cure de chimiothérapie pour un syndrome associant toux grasse, une dyspnée d'effort NYHA II (SaO₂=93%) et une diarrhée. Des bilans sont demandés parmi lesquels une NFS concluant à une neutropénie grade IV et un test rapide positif pour la présence du Coronavirus. Le patient est transféré à l'Hôpital Laquintinie, Il décède 24heures plus tard en Unité de soins intensifs de l'Hôpital Général de Douala. Il est question pour nous de rappeler que les patients sous chimiothérapie ont une immuno suppression et sont donc susceptibles de faire les formes rapidement mortelles.

Les recommandations de l'European Society of Oncologie ont été contextualisées par le CNLCA au cours de cette pandémie.

Mots clés : Chimiothérapie-Covid 19-Recommandations de prise en charge.

60. CANCER DE LA PROSTATE ET ACTIVITE SPORTIVE.

Odzebe AWS, *Service d'urologie – andrologie - CHU de Brazzaville - Congo*

Le cancer de la prostate, est le premier cancer de l'homme. L'estimation est de 50 500 nouveaux cas ce qui représente une incidence annuelle pour 100 000 hommes, de 81 cas, en augmentation de 8,5 %. Avec ces chiffres, on estime qu'un homme âgé de plus de 65 ans sur neuf, risque de développer la maladie.

C'est devenu avec les nouvelles techniques, un cancer de bon pronostic. La prise en charge du cancer de la prostate est multidisciplinaire. Quel que soit le stade de la maladie, l'activité sportive reste un élément fondamental dans la prise en charge des patients atteint de cancer de la prostate.

Les auteurs présentent une revue de la littérature, en vue de formuler des recommandations sur l'activité sportive chez des patients traités pour un cancer de la prostate.

Mots clé : *Cancer, Prostate, Sport.*

61. DYSFONCTION ERECTILE APRES TRAITEMENT D'UN CANCER DE LA PROSTATE : QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Akakpo W. *Chirurgien Urologue – Andrologue, Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré. Paris, France.*

La dysfonction érectile après traitement d'un cancer de la prostate est un effet secondaire majeur impactant négativement la qualité de vie des patients. La récupération d'une fonction érectile normale est certes progressive mais inconstante après traitement.

Les facteurs influençant cette récupération sont : la fonction érectile pré thérapeutique, le type de traitement reçu et les comorbidités. Des protocoles de rééducation ont été proposés mais sans consensus à ce jour. L'initiation précoce d'un traitement serait cependant bénéfique pour cette récupération. Parallèlement au suivi cancérologique, une évaluation dédiée de la fonction érectile de chaque patient traité d'un cancer de la prostate avec mise en place d'un traitement évolutif est donc cruciale. Différents traitements sont actuellement disponibles et personnalisables à chaque patient allant des traitements oraux jusqu'aux traitements chirurgicaux en passant par des traitements locaux.

Des traitements innovants (plasma riche en plaquettes, toxine botulique en particulier) sont également en cours d'exploration et pourront compléter l'arsenal thérapeutique actuel dans les années à venir.

CANCERS HEMATOLOGIQUES

62. CONFÉRENCE : LES INHIBITEURS DE LA TYROSINE KINASE DANS LA LMC

Koffi G. Chef du service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon Abidjan.
Guskof1@yahoo.fr

La LMC est devenue un modèle pour les thérapies ciblées en hématologie avec le développement de l'imatinib mésylate (IM), chef de file des inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK). Il est à présent démontré que l'inhibition de l'activité kinase de BCRABL1 par l'IM qui reste à ce jour recommandé par la société savante du European Leukemia Net (ELN) comme traitement de première intention, notamment en phase chronique (PC), aboutit au contrôle de l'évolution de la LMC avec une amélioration considérable de la survie des patients.

Cependant, près d'un quart des patients n'obtient pas de réponse jugée suffisante par les experts de l'ELN. En s'appuyant sur les résultats remarquables de l'essai IRIS (*International randomized study of interferon and STI571*) (5), l'ELN et le National Comprehensive Network Cancer (NCCN) ont proposé des définitions de réponses aux ITK. La prise en charge des patients atteints de LMC nécessite donc une évaluation pronostique précise permettant une stratégie thérapeutique adaptée, et reposant essentiellement sur des techniques de biologie moléculaire.

De nouvelles propositions de prise en charge des patients sont apparues. Les tests biomoléculaires réalisés à partir du sang vont permettre la recherche qualitative et la mesure quantitative des transcrits BCR- ABL1. La recherche par reverse transcription polymérase chain reaction (RT-PCR) qualitative multiplexe des différents réarrangements BCR-ABL1 possibles doit être pratiquée et affirmera le diagnostic.

Les techniques permettant l'évaluation de la réponse aux traitements ont des sensibilités très variables. Les moins sensibles sont les techniques cellulaires, c'est-à-dire l'analyse cytologique et cytogénétique. Les plus sensibles sont les techniques moléculaires, en particulier la real time quantitative polymérase chain reaction (RQ-PCR) qui quantifie in vitro les transcrits de fusion BCR-ABL1 au diagnostic, de manière à servir de référence pour l'évaluation de la réponse au traitement et au suivi, permettant ainsi de définir des valeurs de réponse moléculaire communes à tous les laboratoires suivant l'étude IRIS(8), notamment la réponse moléculaire majeure (RMM), profonde (RMP) et complète (RMC). Cette technique de référence, permet en outre, grâce à sa sensibilité de quantification de la maladie résiduelle (une cellule leucémique sur un million de cellules analysées), de vérifier l'efficacité du traitement en fonction des recommandations européennes du ELN, de mettre en évidence une mauvaise compliance ou une résistance au traitement, et ainsi d'initier un changement d'ITK.

Elle permet d'autre part de proposer une recherche biologique du mécanisme de résistance, plus particulièrement une recherche de mutation du domaine tyrosine kinase (DTK) de BCR-ABL1.

63. PRISE EN CHARGE DU MYELOME MULTIPLE EN AFRIQUE NOIRE : EXPERIENCE DU CHU DE BRAZZAVILLE

Elira Dokekias. A. Service d'hématologie CHU de Brazzaville - Congo

Le Myélome Multiple est une prolifération plasmocytaire maligne, clonale notée plus fréquente au sein de la race noire qu'au sein de la race blanche. Sa prise en charge a beaucoup progressé au cours de ces deux dernières décennies grâce à l'apport de l'immunologie, de la cytogénétique moléculaire et surtout l'introduction IP/ IMi au sein de l'arsenal thérapeutique.

Patients et méthodes : Entre le 1^{er} janvier 2017 et le 30 janvier 2023, sur un effectif de 1732 patients hospitalisés, 76 (4,38%) ont été diagnostiqués comme Myélome Multiple. Il s'est agi de 42 (55,26 %) de sexe masculin et 24 (31,57%) de sexe féminin. La couche représentée par les patients les plus démunis semble la plus importante avec 39 cas (51,31%). La majorité des patients soient 71 (93,42%) provient de la ville de Brazzaville et des environs.

Résultats : Les symptômes initiaux sont osseux 41 (53,94%) ; atteinte rénale 18 (23,68%) signes hématologiques en particulier le syndrome anémique 12 (15,78%), 5 (6,57%) signes neurologiques. Le diagnostic est établi grâce au protéinogramme, au dépistage d'une protéinurie sélective et surtout à l'examen de la moelle osseuse mettant en évidence une infiltration médullaire variant entre 14 et 82% de plasmocytes tumoraux. Le taux moyen initial de β 2 microglobuline est de 4,9 mg/l (extérieurs 2,56 et 7,52 mg/l) ; La calcémie médiane 3,40 μ mol/l (2,75 - 4,02 μ mol/l). En raison de la pauvreté, 58 patients sur 76 ont pu avoir accès à un traitement à leurs frais : **10** patients ont reçu 4 cures de BMVAD (Bortezomid, Melphalan, Vincristine, Doxorubicine, Dexaméthasone) ; **39** patients ont pu achever 4 cures de BLMD (Bortezomid, Lénalidomide, Melphalan, Dexaméthasone) ; **19** patients ont bénéficié du protocole de traitement par LMD (Lénalidomide, Melphalan, Dexaméthasone). L'évolution est marquée par un **(1)** décès précoce après une seule cure de traitement pour motif d'insuffisance rénale progressive, 54 patients après 3 cures sont passés en RC. Le traitement d'entretien par défaut d'autogreffe comprend de la Lénalidomide – Dexaméthasone ou Lénalidomide- Melphalan - Dexaméthasone.

Conclusion : Malgré la modestie du plateau technique et l'utilisation des médicaments bio similaires qui sont à des coûts accessibles, la prise en charge du Myélome Multiple est possible en Afrique noire. L'évolution à court terme semble prometteuse. Mais la greffe des CSH autologue est nécessaire afin d'optimiser les résultats.

64. PLACE DE LA GREFFE DE LA MOELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES HEMOPATHIES MALIGNES A ABIDJAN

Kouakou B. *Unité d'hématologie clinique du CHU de Cocody Abidjan, Côte d'Ivoire.*

Introduction : Les hémopathies malignes se répartissent en néoplasies myéloprolifératives (NMP), en néoplasies lymphoprolifératives (NLP) avec une nette augmentation de leur prévalence. Leur prise en charge a été améliorée par l'apport des nouvelles thérapies ciblées notamment les anticorps monoclonaux. La greffe de cellules souches hématopoïétiques a aussi augmenté le pourcentage de rémission voire de guérison. Cette nouvelle technique thérapeutique n'est pas encore pratiquée en Côte d'Ivoire. En vue de faciliter sa mise en route nous avons fait l'état des lieux.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale à visée descriptive qui s'est déroulée à l'unité d'hématologie clinique du CHU de Cocody, du CHU de Treichville, du Centre National d'Oncologie Médical et de radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO).

Résultats : L'âge moyen était de 48,89 avec des extrêmes 18 ans et 82 ans, avec un sex-ratio de 2. La majorité des malades étaient des cultivateurs avec un taux de 34,7% suivis des fonctionnaires de 19,9%. La prise en charge du LBDGC était le premier motif de consultation avec 31,8% des cas, suivis de la Leucémie Lymphoïde Chronique avec 14,8% des cas. Au plan pronostic on notait : une prédominance de facteurs favorable de 50% de cas dans LMA ; 53,8% de cas de facteurs à risque élevé dans LMC ; 56,5% des LLC sont classés stade C ; 53,5% des LBDGC sont classés IPI 2 et 93,3% des MM sont classés ISS 3. 66,6% des patients dans LMA ont été traités avec hydroxyurée; 75% des patients dans LAL ont été traité avec Aracytine + Prednisone ; 53,8% des patients dans LMC ont été traité avec Glivec ; 43,5% des patients dans LLC ont été traité avec RFC ; 67,6% des patients dans LBDGC ont été traité avec le protocole R-CHOP et 40% des patients dans MM ont été traité avec le protocole VRD. 6 cas sur 16 soit 37,5% des LA pourraient bénéficier d'une allogreffe ; 56 cas sur 71 soit 78,9% des LBDGC pourraient bénéficier d'une autogreffe ; 28 cas sur 30 soit 93,3% des MM pourraient bénéficier d'une autogreffe ; 24 cas sur 46 soit 52,2% des LLC pourraient bénéficier d'une allogreffe ; 7 cas sur 13 soit 58,3% des LMC pourraient bénéficier d'une allogreffe.

Conclusion : La greffe de cellules souches hématopoïétiques demeure un outil thérapeutique indispensable dans l'arsenal de prise en charge en hématologie.

Mots clés : *hémopathies malignes, greffes, cellules souches hématopoïétiques*

65. LEUCEMIE MYELOÏDE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT : EXPERIENCE D'UN SERVICE D'HEMATOLOGIE AU MALI.

Bathily M, Service D'hématologie Oncologie Médicale, Chu Du POINT" G" Bamako - Mali. bathilymo2000@yahoo.fr

Peu d'études sur la leucémie myéloïde chronique de l'enfant et de l'adolescent sont disponibles en Afrique subsaharienne.

Nous rapportons l'expérience du service d'hématologie du chu du point « g » de Bamako, mali. Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive de 15 ans (janvier 2007–décembre 2021). La population était constituée, de sujets âgés de 17 ans au plus, suivis pour une leucémie myéloïde chronique.

L'analyse a porté sur 11 cas soit 6% de l'ensemble des patients traitée par imatinib mesylate. Il s'agissait de 6 garçons et 5 filles d'âge médian 15 ans [12-17 ans]. Ils ont été reçus en phase chronique dans 9 cas et accélérée dans 2 cas. Le score de sokal était bas (1 cas), intermédiaire (3 cas) et élevé (6 cas). A 3 mois de traitement, une rémission clinique était observée chez 9/11 patients et une rémission hématologique chez 8/11 patients. Une évaluation cytogénétique réalisée chez un patient a 2 ans avec une réponse partielle et un autre patient après 8 ans qui montrait un échec. La survie moyenne était de $79,09 \pm 43,5$ mois (extrêmes : 27 et 170). Nous avons déploré 1 cas de décès et 3 cas de perdus de vue.

Conclusion : la LMC chez l'enfant reste une entité rare dans la pratique hospitalière. Le traitement par l'imatinib reste efficace. Les difficultés d'accès à une évaluation cytogénétique pour plus de la majorité des invitent à bâtir des stratégies au tour des moyens de surveillance appropriés de la maladie chez l'enfant.

Mots clés : LMC, enfant, imatinib mesylate, survie, Mali.

66. L'APPORT DU RITUXIMAB DANS LA PRISE EN CHARGE DES LYMPHOMES NON HODGKINIENS AU CNRAO

Nanho Danho C. *Service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte-d'Ivoire.*

Contexte : Depuis 2017, la Côte d'Ivoire a rendu disponibles et accessibles des thérapies ciblées notamment le RITUXIMAB (Anticorps monoclonal anti-CD20 de type IgG1) dans la prise en charge des lymphomes B en général.

Objectif : Démontrer l'efficacité du Rituximab dans la prise en charge des LNH B.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur une période de 2 ans, allant de janvier 2018 à mars 2020 sur 30 patients porteurs de LNH B de diagnostic histologique couplé à l'immunohistochimie et traité par du Rituximab.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 54,73 ans avec un sex-ratio de 0,87. Les comorbidités étaient dominées par l'hypertension artérielle (62,5%). La majorité des patients avait un état général bon OMS 1 (60%) avec un indice de masse corporelle normal pour la plupart. Les signes cliniques étaient dominés par des adénopathies (96,7%). L'anémie était présente dans 43,5% des cas. Le diagnostic retenu était principalement le lymphome B diffus à grandes cellules (60%) suivi des lymphomes de la zone marginale (20%). La plupart des patients étaient au stade I de ANN ARBOR (46,7%). Le protocole le plus utilisé était le protocole R-CHOP (73,3%). Nous avons obtenu 83,4% de réponse complète, 13,3% de réponse incomplète avec 3,3% d'échec thérapeutique. Durant notre étude on a noté 1 seul cas de décès (3,3%). La survie globale à 2 ans était de 45%.

Conclusion : L'utilisation de la thérapeutique ciblée notamment les anticorps monoclonal anti CD20 (Rituximab) a considérablement amélioré la prise en charge des LNH B en termes de réponse globale et a amélioré la survie globale des patients

Mots clés : *lymphome non Hodgkinien B, Rituximab, Réponse thérapeutique, Survie.*

67. ETUDE DE LA SURVIE DES PATIENTS ATTEINTS DE LEUCEMIES AIGUES MYELOIDES DANS LE SERVICE D'HEMATOLOGIE CLINIQUE DU CHU DE YOPOUGON, ABIDJAN, COTE D'IVOIRE

N'Dhatz Comoé E. *Service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon, Abidjan Côte-d'Ivoire.*

Contexte : La survie des patients atteints de leucémies aigues s'est nettement améliorée grâce aux poly-chimiothérapies et au développement des techniques de thérapie cellulaire et de greffe de moelle. En revanche, ce n'est pas le cas au sein des pays à revenu intermédiaire, notamment en Côte-d'Ivoire, où de nombreux efforts restent à faire. Ce constat pose la problématique du devenir et de la survie des patients LAM dans ces dits pays.

Méthode : 75 patients atteints de LAM ont été colligés dans une étude rétrospective et prospective, de janvier 2005 à avril 2019, dans le service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon. La mortalité et la survie ont été étudiées en fonction des caractéristiques socio-démographiques, préthérapeutiques et thérapeutiques.

Résultats : L'âge variait entre 1 et 74 ans avec deux pics d'âge (37 et 49 ans) pour un sex-ratio de 1,03 et issus d'un niveau socio-économique bas pour 50,7%. La chimiothérapie palliative a été utilisée dans 73,7% contre 26,3% pour le traitement approprié (CA-CRB). Aucun cas de rémission complète n'a été observé. Nous avons enregistré 5,3% de vivants, 68% de décès et 16,7% de perdus de vue. La moyenne de survie globale était de 90 jours avec une probabilité de survie globale de 62% à 1 mois, 49% à 6 mois et 10% à 1 an. L'analyse de la survie a suggéré des facteurs prédictifs d'une survie prolongée qui étaient : - le niveau socio-économique élevé (Log Rank=0,046) – l'absence de syndrome hémorragique (Log Rank=0,04) le taux d'hémoglobine $\geq 10\text{g/dl}$ (Log Rank=0,02) – un type cytologique différent du type LAM0 (Log Rank=0,05).

Conclusion : L'évolution d'une LAM n'est envisageable que sous traitement adéquat sinon la mort est inéluctable. Le pronostic est d'emblée péjoratif du fait des difficultés diagnostiques et de prise en charge liées à la pauvreté du plateau technique et des populations, les difficultés d'approvisionnement en médicaments antimitotiques.

Mots clés : LAM - Pronostic - Mortalité - Survie - Pays à revenu intermédiaire.

68. LYMPHOME NON HODGKINIEN: ASPECTS CLINIQUES ET EVOLUTIFS DANS UN SERVICE D'HEMATOLOGIE ADULTE A BAMAKO-MALI

Bathily M. *Service d'Hématologie et d'Oncologie Médicale, Hôpital du Point G, BP : 333, Bamako, Mali*

Les lymphomes non hodgkiniens (LNH) sont des hémopathies dont l'incidence est en augmentation dans les pays en développement. Leur pronostic et devenir restent mal encore mal caractérisés dans notre contexte depuis l'instauration de l'immunochimiothérapie en Janvier 2009. Le but de ce travail était de décrire les caractéristiques cliniques et évolutives des patients atteints de LNH dans un service d'hématologie adulte à Bamako.

Il s'est agi d'une étude descriptive basé sur un recueil rétrospectif des données colligées sur une période de 5 ans, de patients pris en charge pour LNH dans le service d'hématologie et d'oncologie médicale du CHU du Point « G » au Mali, de janvier 2017 à décembre 2021. Les logiciels Excel Windows 2010 et SPSS version 22.0 ont été utilisés respectivement pour la collecte des données et leur analyse.

Soixante-sept patients répartis (41 hommes et 26 femmes) ont été analysés. Leur âge médian était de 38,2 ans (extrêmes : 16 et 72 ans). Ils étaient référés pour lymphome dans 63% des cas et reçus pour adénopathies et/ou splénomégalie dans 37% des cas. Au moment du diagnostic, le score OMS était ≥ 2 chez 68%, la taille moyenne de la tumeur était de 6 cm (extrêmes : 2 et 23), le lymphome était à un stade avancé de la classification d'Ann Arbor chez 74% des patients, et 46 patients présentaient des signes cliniques d'évolutivité quarante-six patients avaient reçu un traitement par les protocoles COP, CHOP, R-COP ou R-CHOP. Une rémission complète était obtenue chez 12/46 patients, une rechute chez cinq. Dix-neuf patients sont décédés, quatorze en cours suivi. Trente-quatre cas perdus de vue dont vingt avant traitement.

Conclusion : les LNH sont pris en charge à des stades avancés en pratique hospitalière au Mali. Leurs taux de rémissions sont faibles et les taux des perdus de vue élevés. La formation pour un diagnostic précoce et une politique d'accès équitable aux soins améliorerait leur pronostic.

Mots clés : *lymphomes non hodgkiniens, clinique, pronostic, Mali.*

69. LEUCEMIE A PLASMOCYTES DE NOVO : À PROPOS D'UN CAS

Maholo Fuka P. *Hôpital HJ, Kinshasa, RDC.* pelamaholo2@gmail.com

La leucémie à plasmocytes de novo est une forme rare de néoplasie plasmocytaire.

Nous rapportons un cas qui en illustre les spécificités. Il s'agit d'un homme de 48 ans, hospitalisé pour des rachialgies et une altération de l'état général (ECOG 4, amaigrissement -24 %) évoluant depuis six mois. Le scanner objectivait une ostéolyse étendue des corps vertébraux et du bassin. Il existait une anémie arégénérative (Hb : 8,3 gr/dl), une thrombopénie modérée (133 G/L), une hyperleucocytose (41,1 G/L) majoritairement constituée de plasmocytes de petite taille (53 %), une infiltration ostéo-médullaire par 45 % de plasmocytes également caractéristiques par leur petite taille. L'électrophorèse des protéines sériques montrait une hypogammaglobulinémie (5,2 %, 3,6 gr/L). Il existait un excès de chaînes libres sériques (396 mg/L ; ratio /33), une protéinurie de Bence-Jones (4,8 gr/24h), une insuffisance rénale (DFG : 31 ml/min), et une hypercalcémie (1,3 x N).

Le traitement a comporté six cycles de chimiothérapie associant Dexaméthasone, Bortézomib, Thalidomide, Cyclophosphamide alternant avec Doxorubicine, Zoledronate. La normalisation de la fonction rénale et de la calcémie fut obtenue dès le premier cycle. L'évaluation au sixième cycle montrait une réponse médullaire complète. Une greffe de cellules souches autologue conditionnée par Melphalan fut réalisée à 11 mois du début du traitement, suivie d'un entretien mensuel associant Dexaméthasone / Carfilzomib. À 13 mois du diagnostic, le patient est en rémission hématologique complète, ambulatoire (ECOG 2), essentiellement limité par des algies osseuses à la station debout.

Cette observation souligne certaines spécificités des leucémies à plasmocytes de novo : l'âge de survenue inférieur à celui du myélome classique ; la fréquence des formes à chaînes légères et de l'hypercalcémie ; l'aspect atypique des plasmocytes souvent de petites tailles. Le traitement, non codifié, est calqué sur celui des myélomes à risque. L'affection reste de mauvais pronostic.

Mots clés : *Myélome, Leucémie à plasmocytes, Hypogammaglobulinémie, Hypercalcémie, Hyperleucocytose*

AUTRES CANCERS

70. MORTALITE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DE L'HYPOPHARYNX AU CENTRE NATIONAL D'ONCOLOGIE DE NOUAKCHOTT MAURITANIE

Tolba N. Médecin épidémiologiste ministère de la Santé. Nouakchott, Mauritanie.
nahtolba@gmail.com

Introduction : En Mauritanie, le cancer représente 5% des causes de décès, il a été estimé que 2000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chaque année dans le pays et 1500 personnes décèdent chaque année du cancer. Le cancer de l'hypopharynx constitue le deuxième cancer des VADS après le cancer de l'œsophage. Le diagnostic est majoritairement fait dans des stades tardifs. L'objectif de ce travail d'étudier les facteurs associés à la survie des patients ayant un cancer de l'hypopharynx au centre nationale d'oncologie en Mauritanie.

Matériels et méthodes : Une étude transversale et analytique réalisée dans le centre national d'oncologie (CNO) de Nouakchott en Mauritanie entre janvier/2016 à fin décembre/2019 a porté sur 52 patients. Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire structuré. L'analyse de survie a été effectuée avec un test du Log-Rank. Un modèle de Cox a été utilisé pour estimer le Hazard ratio et son intervalle de confiance. Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des logiciels SAS® 9.4 et MedCalc® 20.0.1.0.

Résultats : Les résultats montrent que, l'indice OMS (OR=3,3774(1,1182 à 10,2016) Pv =0,0309), la chimiothérapie (OR=0,1519(0,0617 à 0,3741) Pv <0,0001) et la radiothérapie (OR=0,3378(0,1619 à 0,7051)) Pv =0,0038) sont statistiquement liés à la survie brute de l'ensemble de la population.

Conclusion : Ce travail montre que la survie des patients ayant un cancer de l'hypopharynx est largement liée à l'état général du patient et que les traitements par l'association de la radiothérapie et chimiothérapie.

71. PRISE EN CHARGE DES MELANOMES CUTANES DANS LE SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

Mopoh Nkengne G. *Service d'oncologie médicale. CHU de Brazzaville - Congo.*

Introduction : Le mélanome est une lésion redoutable à haut potentiel métastatique avec une morbidité importante chez le sujet de race noire. Son incidence est en augmentation. Notre étude a pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du mélanome cutané au CHU de Brazzaville.

Méthode : Une étude rétrospective descriptive a été menée sur une période de 10 ans allant de Janvier 2011 à Décembre 2020. Elle a inclus tous les cas de mélanome cutané confirmés histologiquement.

Résultats : Vingt-sept cas de mélanome cutané ont été recensés. L'âge moyen était de 66 ans au moment du diagnostic. Le délai moyen de consultation était de 3,4 ans. Les lésions étaient ulcérées chez 70,37% de patients. La plante du pied était le siège électif de la tumeur chez 88,90% des patients. Le type anatomo-clinique le plus fréquent était le mélanome médullaire avec 59,26% de cas et l'indice de Breslow était supérieur à 4 mm dans 90% des cas. L'immunohistochimie, la biologie moléculaire et le Pet-Scan n'ont pas été réalisés chez l'ensemble des patients, et 81,4% des patients étaient métastatiques au diagnostic. Cent pour cent des patients avaient bénéficié d'une exérèse chirurgicale et 59,26% avaient reçus une chimiothérapie conventionnelle. Le taux de survie globale à 2 ans était de 18,51%.

Conclusion : Au CHU de Brazzaville, le mélanome présente des particularités épidémiologiques et anatomo-cliniques similaires à celles retrouvées dans les autres études Africaines. Elles sont en contraste avec les données de la littérature occidentale. Cette étude montre une insuffisance du plateau technique et un manque de traitement adapté rendant péjoratif le pronostic. Des moyens préventifs et thérapeutiques efficaces permettraient de réduire la mortalité.

72. LOCALISATION SUS TENTORIALE INHABITUELLE D'UN EPENDYMOME PEDIATRIQUE. A PROPOS D'UN CAS ANATOMO-CLINIQUE AVEC CONSIDERATIONS BIO MOLECULAIRES ET NOSOLOGIQUES.

N'Golet A. *Laboratoire d'anatomie pathologique, Polyclinique internationale de Brazzaville - Congo*

L'épendymome est une tumeur maligne rare issue du revêtement épithélial des cavités ventriculaire et rachidienne, dont les localisations sus-tentorielles (au-dessus de la faux du cervelet) sont exceptionnelles chez l'enfant. L'OMS, en 2017, lui attribue des profils moléculaires et une nouvelle classification anatomo-clinique et génétique qui ouvre la voie à la possibilité de thérapie ciblée.

MAK. A., 8 ans, congolais, sans antécédents particuliers, a été admis en avril 2020 dans l'Unité neurochirurgicale du Service de Chirurgie polyvalente du CHU de Brazzaville pour ralentissement psychomoteur et hypertension intracrânienne. L'IRM avait révélé un processus intraventriculaire solide et kystique gauche avec un hyper signal péri lésionnelle, effet de masse et dilatation ventriculaire. Opéré le 10 mai 2020 par abord trans-frontal, il a été réalisé une réduction d'environ 60% du volume tumoral et à la mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale. Les suites opératoires immédiates avaient été simples ; le patient était sorti le 18 mai 2020 avec un traitement à base de cotipred 20, dépakine 500mg, et de codoliprane à la demande.

Il fut réadmis 2 mois après, le 28/06/2020, aux Urgences, dans un état de mort cérébrale. L'examen anatomo-pathologique a été fait sur le culot de centrifugation du liquide de dérivation ventriculo-péritonéal et sur la biopsie chirurgicale de la tumeur.

Le diagnostic d'épendymome a été évoqué en cytodiagnostic sur la base d'observation d'une pseudo-rosette périvasculaire isolée, et sur biopsie, sur la présence d'une prolifération tumorale faite de cellules fusiformes à noyaux allongés hyperchromatiques irréguliers avec nucléoles parfois visibles. Elles sont organisées massivement et en pseudo-rosettes péri vasculaires au sein de plages sombres peu différenciées riches en mitoses et en atypies, et en plages claires résultant de la dilacération de pseudo-rosettes périvasculaires. L'immunoréactivité de la tumeur au GFAP et à la protéine S100, avec un ki67 à 40%, a confirmé le diagnostic d'épendymome sus tentoriel NOS de grade 3. L'analyse immunohistochimique pour détecter le gène de fusion pathogène ZFTA ou YAP1 n'a pas été réalisée du fait de l'épuisement du bloc de paraffine. Le profil moléculaire de la tumeur n'ayant pas été connu, l'indication d'un traitement ciblé n'a pas été envisagée.

73. LA STABILISATION OSSEUSE CHIRURGICALE DES TUMEURS OSSEUSES ET DES PARTIES MOLLES AU CHU DE BRAZZAVILLE.

Bouhelo-Pam KPB. *Service d'Orthopédie-Traumatologie – CHU de Brazzaville. Faculté des Sciences de la Santé – Université Marien N'GOUABI. Brazzaville, Congo.*

Introduction : Le développement local des tumeurs osseuses et des parties molles se fait par envahissement et destruction des tissus adjacents. La stabilisation osseuse chirurgicale est souvent nécessaire pour la récupération fonctionnelle et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Le but de notre travail a été d'étudier les résultats fonctionnels et radiologiques à court et moyen terme de la stabilisation osseuse chirurgicale dans les pathologies tumorales invalidantes.

Matériels et méthodes : Notre étude était longitudinale, conduite au CHU de Brazzaville sur une période de 4 ans, entre le 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2022. Elle était basée sur le suivi d'une cohorte de 20 patients adultes, présentant une tumeur invalidante de membre. Une ostéosynthèse chirurgicale a été pratiquée dans deux cas après exérèse et dans trois cas de façon palliative. L'analyse périodique des radiographies de membre a été faite pour l'évaluation thérapeutique avec un recul moyen de 24 mois.

Résultats : 4 hommes et 1 femme ont été colligés. La consolidation osseuse a été obtenue chez tous nos patients. Trois patients avaient un diagnostic anatomo-pathologique. Au plus grand recul, 4 patients étaient très satisfaits de la chirurgie et 1 moyennement satisfait. Une chimiothérapie complémentaire a été nécessaire dans quatre cas. La radiothérapie n'a pas pu être exécutée. Aucune infection du site opératoire n'a été notée. Une ostéolyse secondaire autour de l'implant a été relevée dans deux cas. Deux patients étaient décédés au cours de la période d'étude.

Conclusion : Nos résultats fonctionnels démontrent les avantages d'une reconstruction et d'une stabilisation au cours des résections et des ostéolyses tumorales. La récupération fonctionnelle y résultante a considérablement amélioré la satisfaction et le pronostic des patients.

Mots clés : ostéosynthèse, tumeur, exérèse, chirurgie.

74. LE TABAC CHIQUER EN GUINEE – FACTEUR DE RISQUE DE SURVENU DU CANCER DE LA CAVITE BUCCALE ?

Diallo OR. Chef Service CHU Conakry. rafioumajid@yahoo.fr

Introduction : Le tabac chiquer (TC) est composé de plusieurs substances y compris cancérigènes. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la composition du TC et d'évaluer si ce tabac était un facteur de risque du cancer de la cavité buccale.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale auprès des vendeurs et des consommateurs du TC suivie d'une analyse phytochimique. L'étude a été réalisée en 2021 au Centre de Recherche et de la Valorisation des Plantes Médicinales. Le TC a été collecté dans les marchés (de Conakry, Kankan, Siguiri). Après étiquetage des échantillons, 1g de poudre de TC a été macérée dans 10ml d'Acétone pendant 24h. Après filtration les extraits ont été séchés et concentrés, suivie d'une analyse Chromatographique sur Couche Mince (CCM).

Résultats : Le TC consommé en Guinée est un mélange de poudre des feuilles du tabac et de substances comme les feuilles de *Opiliaceltidifolia* et le *Parkiabiglobosa*. Le sexe féminin était le plus représenté n=31 parmi les vendeurs (58,49%). L'étude phytochimique avait montré que la nicotine était présente dans le TC avec $R_f = 0,66$. Les spots qui ont réagi positif au réactif de Dragendorff, correspondent à des substances azotées : spots de ($R_f = 0,44$ et $0,71$), les spots de ($R_f = 0; 0,23 ; 0,34$) dans tous les extraits appartiennent à la famille des nitrosamines (substances cancérigènes).

Conclusion : Le TC contient un grand nombre de produits toxiques (N-nitrosamines) et de la nicotine qui est un produit addictif. Une étude sur un plus grand nombre d'échantillons permettrait d'approfondir les analyses.

Mots clés : Tabac chiquer, Cancer, cavité buccale, Guinée

75. CANCER : LE VIRAGE VERS LA MEDECINE DE PRECISION

Chibaudel B. *Oncologue médical, Hôpital Franco-Britannique - Fondation Cognacq-Jay. Cancérologie Paris Ouest.*

La prise en charge des patients atteints de cancer est entrée dans l'ère de médecine de précision, ou médecine personnalisée. En effet, les connaissances moléculaires permettent de personnaliser le traitement en fonction du profil biologique unique de la tumeur du patient.

Le traitement du cancer est de plus en plus complexe du fait du nombre croissant de gènes analysés pour lesquels les options thérapeutiques se multiplient. En 2018, on comptait 849 molécules en stade avancé de développement, dont plus de 90% étaient des thérapies ciblées. Une évolution en matière de diagnostic et de prise de décision s'avère nécessaire pour gérer cette complexité croissante et concrétiser le potentiel de la médecine de précision.

Le profilage génomique large permet de détecter les principales catégories d'altérations des gènes de la tumeur (substitutions de bases, insertions ou délétions, modifications du nombre de copies et réarrangements de gènes), mais aussi d'analyser des signatures génomiques comme la charge mutationnelle tumorale (TMB) ou l'instabilité micro satellitaire (MSI).

L'ensemble de ces informations biologiques tumorales sont prises en compte pour déterminer le ou les médicaments (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie) qui ont la plus forte probabilité d'être efficace en ciblant des altérations spécifiques.

Cette approche diagnostique de précision permet donc d'individualiser la prise en charge thérapeutique en administrant le bon traitement au bon patient.

76. CAS RAPPORTE DE NEPHROBLASTOME CHEZ UN ADULTE DE 27 ANS.

Backobi E. *Centre de pathologie de Pointe-Noire, GHRMSA Mulhouse.*

Le néphroblastome ou tumeur de Wilms est la plus fréquente des tumeurs malignes rénales de l'enfant (>90%).

Il se développe à partir du tissu embryonnaire rénal. Plus de 98% des cas de tumeurs de Wilms surviennent avant l'âge de 10 ans.

Nous rapportons un cas de tumeur de Wilms chez un homme de 27ans, présentant un syndrome tumoral abdominal d'origine rénale, confirmé à l'imagerie.

Mots clés. *Néphroblastome. Adulte.*

SOINS PALLIATIFS

77. CONFÉRENCE LES SOINS PALLIATIFS DU CONCEPT A LA PRATIQUE : UN ENJEU VITAL POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE »

Burucoa B. ADESPA et FISP. benoit.burucoa@chu-bordeaux.fr

Marcher sur la tête, craindre que le ciel tombe sur sa tête, voici deux expressions bien connues. A les lire avec attention, elles sont incompatibles ; car en marchant sur la tête, le ciel justement ne risque pas de tomber sur elle. Pourtant les humains, habitants de la planète Terre, perdue au sein du cosmos infini, grain de sable au sein de la constellation des étoiles, oubliée dans les millions de galaxies, sont capables d'associer les deux en même temps. Oui, ses habitants sont fous, ils se croient immortels, ils sont saouls, ils font l'autruche à l'égard de l'exigence écologique. Tout un chacun sait la fragilité de la nature, l'amincissement de la couche d'ozone, le réchauffement climatique, la fonte des glaces, la sécheresse de régions entières, le déclin de la biodiversité, les cataclysmes météorologiques... Des faits quotidiens, multiples, divers, dramatiques viennent à nos oreilles, toquer, cogner. *L'écologie est définie par le Larousse comme « la science ayant pour objet les relations des êtres vivants (animaux, végétaux, micro-organismes) avec leur environnement, ainsi qu'avec les autres êtres vivants »*. Et qui sont ces autres êtres vivants ? Nous, les êtres humains, les « gens », moi, je, elle, il, les êtres avec lesquels je vis, mes parents, amis, voisins, collègues, les passants, les étrangers, **tous ces inconnus qui se ressemblent tant**. Ces personnes sont étonnamment plus ou moins blanches, noires, jaunes, à l'infini comme les étoiles du firmament. Parmi elles, un peuple est entré en résistance, celui des personnes qu'une maladie évolutive et mortelle confronte à la mort, des handicapés lourds dont l'équilibre vacille, des vieillards dont la vitalité et la mobilité s'amenuisent au fil du temps, des enfants qui voudraient jouer encore au moment de devoir mourir. Les faits sont là, terribles, effrayants, résistants, malgré moult études, graphiques, cartographies, recommandations, résolutions. **25,56 millions de décès par an surviennent dans des conditions de souffrances en lien avec des maladies graves. 35 millions** d'autres humains sont atteints par des maladies graves et 80 % dans les pays à faible ou intermédiaire revenu (1). L'OMS rapporte que **429 000 décès** annuels sont dus au paludisme dont 92 % en Afrique subsaharienne, **940 000** au VIH surtout en région africaine avec 25,7 millions de séropositifs en 2017, **1,7 million** à la tuberculose dont 250 000 enfants (sans compter ceux qui ont le VIH), **8,8 millions** au cancer dont 70 % dans les pays à revenu faible qui ne disposent pas de services de traitement, enfin **17,7 millions** aux maladies cardiovasculaires soit 31% de la mortalité totale dont plus de 75% dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (2). Sans oublier les maladies respiratoires, rénales, etc. Toutes ces pathologies, lorsqu'elles ne sont pas traitées, sont très évolutives. C'est ce qui explique que de nombreuses morts rapides ou brutales surviennent, traumatisant et insécurisant les proches. Mais **l'évolution de ces maladies est souvent destructrice, prolongée, agressive, symptomatique** jusqu'à la mort inéluctable. Les maladies infectieuses (BK, palu...) entraînent des douleurs, de la fièvre, des problèmes cutanés, respiratoires... Le cancer prend des formes dites historiques dans les pays du nord, plus fréquentes avant les traitements spécifiques. Le VIH-SIDA suscite autant de douleurs intenses et complexes que le cancer. Les cardiopathies s'accompagnent d'essoufflement, d'œdèmes, les accidents

vasculaires cérébraux de paralysies douloureuses, la drépanocytose de violentes douleurs aiguës...**Les besoins, l'urgence sont là, sous nos yeux. Il est impossible de ne pas bouger, de ne rien tenter.** Les résistances sont grandes, de hauts murs, comme ceux qui se dressent de plus en plus nombreux sur Terre pour séparer des humains ! Auriez-vous déjà entendu ces étranges propos ? « Il faut bien mourir de quelque chose...Certaines populations de couleur ressentent moins la douleur...Cette mortalité précoce contrebalance un peu cette natalité débridée. » Et peut-être ceux-ci ? « Comment voulez-vous agir avec toute cette corruption ? Développer les soins palliatifs, traiter les douleurs, c'est très bien, mais il vaut mieux guérir, donner des antibiotiques, des antirétroviraux, des tonicardiaques, des anticancéreux. » En attendant, **des générations sont sacrifiées à l'autel de la torture du mourir** sans soulagement ni apaisement. Durant ces dernières décennies, alors que tout se sait et se voit par les ondes et leurs réseaux, des êtres malades devenus chétifs, asséchés, rétractés, enfants, adultes ou vieux, sont laissés à l'abandon par la Terre, le continent, le pays, le quartier. La communauté familiale est exsangue, le lien social rompu, la corde de la solidarité coupée, la protection sociétale inexistante. **Pourrions-nous parler d'une « écologie palliative » (3)**, d'un indispensable écosystème à établir pour une couverture planétaire de soins palliatifs, pour une répartition équitable de leurs ressources ? Cela ne coûte pas très cher. Les médicaments essentiels, la morphine en solution orale pour soulager les douleurs devraient être mis à disposition, des unités fixes et mobiles de soins palliatifs créées, des formations pratiques, interprofessionnelles et interactives proposées. Tout cela passe par un plaidoyer soutenu, permanent. Osons ensemble, quêter, rechercher des soutiens.



78. SOINS PALLIATIFS ET GERIATRIE EN AFRIQUE : DES DEFIS, UN DEVOIR...DES ESPOIRS ?

Puidupin MA. *Médecin gériatre chez Korian, Service de Soins de Suite et de Réadaptation Les Flots SSR Les Flots 33400 Talence*

La personne âgée comme tout être humain doit pouvoir être accompagnée dans sa fin de vie. L'Afrique est confrontée à un défi démographique sans précédent avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, à une transition épidémiologique avec une part de plus en plus grande des maladies chroniques non transmissibles, et à des changements sociétaux qui modifient les relations donc les solidarités inter générationnelles. Après avoir exploré les concepts de population gériatrique, d'entrée en soins palliatifs et de fin de vie, l'auteur propose de donner quelques pistes pour prendre soin de ces personnes fragiles avec une attention portée aux particularités gériatriques physiques et psycho-cognitives. La prise en charge de la douleur dans ce contexte complexe est une priorité. La pluridisciplinarité, le questionnement éthique et la communication thérapeutique sont essentiels à cette prise en soins holistique. Des outils d'aide à la décision et à la prise en soins sont proposés, pour conjuguer science et conscience au profit de nos aînés.



79. CANCER ET SOINS PALLIATIFS A L'HOPITAL CENTRAL DE REFERENCE DE LA POLICE / RDC

Ebola Iyawa F. *Hôpital Central de référence de la Police /RDC ; Clinique Marie Marthe Anoda / Fondation Marie Marthe Anoda.*

Introduction : Le cancer est un problème de santé publique majeur et la principale cause de milliers de décès à l'échelle mondiale car il tue plus que le VIH Sida, la tuberculose et le paludisme réunis. Les traitements de la plupart de ces cancers se font à l'aide de moyens thérapeutiques conventionnels s'adressant aux problèmes physiques et à ses complications. La chirurgie carcinologique reste l'une des armes les plus efficaces pour traiter la plupart des cancers de type solide. Parallèlement, il existe la chimiothérapie, l'hormonothérapie, la radiothérapie et actuellement les thérapies moléculaires ciblées comme possibilités thérapeutiques.

Cependant en 2014, l'OMS s'est rendu compte que des milliers de personnes souffrant de pathologies chroniques et incurables comme les cancers avaient non seulement besoin de soins conventionnels mais surtout de soins palliatifs pour soulager leurs souffrances. Selon l'OMS en 2007, il y a eu plus de 7 millions des décès liés aux cancers dans le monde, plus de 2 millions des personnes décédées suite au VIH Sida, plus de 70% des personnes qui ont des cancers ou le VIH Sida à un stade avancé souffrent de douleurs sévères, des personnes avec une insuffisance rénale grave, avec une insuffisance cardiaque ou une autre affection limitant leur espérance de vie.

Cependant les soins palliatifs diffèrent des soins conventionnels car ils ont une approche holistique des problèmes repartis en 4 groupes : physique : les symptômes (douleur, toux, fatigue, fièvre) ; psychologiques (angoisse, peur, tristesse, colère) ; sociaux : problèmes de l'alimentation, de travail, de relation avec les autres ; spirituels : les questions sur les sens de la vie et de la mort.

Méthodologie : Nous avons présenté 3 cas cliniques de cancers gynécologiques suivis dans l'unité de cancérologie générale dont les patientes avaient ardemment besoin de soins palliatifs pour améliorer leur qualité de vie.

80. PREVALENCE DES SITUATIONS PALLIATIVES EN ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU DE BRAZZAVILLE

Imboua Nielenga PM. *Service d'oncologie médicale, CHU de Brazzaville.*

Introduction : L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence des situations palliatives dans le service d'oncologie médicale du CHU de Brazzaville.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive, transversale du 15 novembre 2022 au 15 décembre 2022 dans le service d'Oncologie médicale du CHU de Brazzaville. Ont été inclus tous les patients hospitalisés, ayant un cancer métastatique. L'enquête a été réalisée à l'aide de l'outil pallia 10.

Résultats : La moyenne d'âge des patients était de 52 ans avec des extrêmes allant de 16 ans à 81 ans. La population était à prédominance féminine (65.8%). Le cancer le plus représenté était le cancer du sein. Sur les 41 patients inclus, 100 % des patients étaient en situations palliatives, dont 32 (78,0%) avaient des situations palliatives complexes. Parmi les situations palliatives, l'existence de facteurs de vulnérabilité d'ordre social (97,6 %), la présence de facteurs pronostiques défavorables (73,1 %) et l'existence de symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention (70,7 %) étaient les items les plus souvent cités.

Conclusion : les résultats de notre étude rapportent une prévalence importante de patients ayant besoin d'être pris en charge par une équipe spécialisée en soins palliatifs.

Mots clés : cancer, soins palliatifs, pallia 10, CHU de Brazzaville.

81. EVALUATION DES BESOINS EN SOINS PALLIATIFS DE PATIENTS ATTEINTS DE CANCER AU SERVICE D'HÉMATOLOGIE ET D'ONCOLOGIE MÉDICALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G, BAMAKO

Majio Périale R. *Service d'hématologie et d'oncologie médicale du centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G, Bamako.*

Introduction : Problème de santé publique, le cancer constitue la 2^{ème} cause de mortalité dans le monde après les maladies cardio-vasculaires. Plus de 70% de cette mortalité surviennent en Afrique du fait d'un diagnostic tardif au stade palliatif et des moyens thérapeutiques limités. Malgré ce constat, il y a peu d'unité de soins palliatifs dans ce continent. C'est ainsi que nous avons mené cette étude afin d'évaluer les besoins en soins palliatifs dans le service d'hémo-oncologie médicale du centre hospitalier universitaire (CHU) du point G.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative/ qualitative, prospective et transversale qui a été menée sur 6 mois du 1^{er} Juin au 30 Novembre 2021 à partir d'un questionnaire et des données patients. Nous avons inclus 118 patients suivis en soins palliatifs et atteints de différents types de cancers au stade localement avancé ou métastatique dans le service d'Hématologie et Oncologie médicale du CHU du Point G de Bamako. Les données ont été analysées par le logiciel Epi info 7.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 47 ans avec une prédominance féminine (76,27 %). Les patients étaient pris en charge à l'hôpital dans 89,83 % avec une préférence de suivi à domicile dans 38%. Le cancer du sein était le primitif le plus fréquent (44,06%). Les soins palliatifs étaient méconnus par 94% des patients bien qu'ils aient été initiés précocement chez 59%. La plupart des patients étaient en soins palliatifs symptomatiques (40,68%). La douleur était la principale indication mais 35,59% des patients n'étaient pas soulagés par leur traitement antalgique. Le traitement antalgique était un pallier III de l'OMS dans 70,20% avec comme chef de file la morphine qui était souvent en rupture. Les patients se sentaient écoutés par les soignants dans 95.76% mais n'avait pas de suivi régulier par un psychologue dans 77% bien que 42,86% en avaient exprimé le besoin. Sur le plan socio-culturel, les patients avaient initialement perçu leur maladie comme mystique dans 17,8%, arrêté leurs activités quotidiennes dans 74%, ressentaient un rejet social et une souffrance spirituelle dans respectivement 13,56% et 24% des cas. Seulement 39% des patients avaient une assurance maladie et 44,92% étaient financièrement épuisés au cours de leur prise en charge et arrêtaient tout traitement.

Conclusion : Les soins palliatifs, encore à l'état d'ébauche et méconnus du plus grand nombre, sont une nécessité dans nos services d'oncologie. Les principaux besoins identifiés étaient d'ordre financier, socioculturel, spirituel et humain. Il en ressort de cette étude la nécessité d'information des patients et leurs familles sur les soins palliatifs, l'accessibilité au psychologue et religieux, la disponibilité des antalgiques de palier III et la mise en place d'une couverture maladie universelle pour tous les patients. Les cancers étant diagnostiqués dans près de 80% des cas au stade terminal dans notre contexte, structurer les soins palliatifs permettrait aux patients et personnels médicaux de bénéficier des avantages de cette discipline.

82. THE IMPACT OF SPIRITUAL CARE ON THE CANCER PATIENTS OF BONASSAMA DISTRICT HOSPITAL AND VOLUNTEERS PALLIATIVE CARE ASSOCIATION IN DOUALA, CAMEROON

Dina Bell Esther HM. *Faculty of Medicine and Pharmaceuticals Sciences, Association Volunteers for Palliative Care Cameroon (VOPACA).* esther.dinabell@gmail.com

Generally, in Africa, and Cameroon in particular, cancer has become a public health concern with a high death rate. It has caused much suffering for cancer patients and their families. The care provided to patients often neglects the spiritual dimension and studies on the impact of such care are inexistent. Spiritual suffering is the resentment of the lack of satisfaction of man's spiritual needs such as love, faith, hope, virtue, and beauty. Given this situation, the purpose of the present study was to evaluate and report the impact of spiritual care on the improvement of the quality of life of cancer patients at the Bonassama District Hospital and the Volunteers Palliative Care Association (VOPACA) in Douala. This investigation used a cohort design on a sample of 41 cancer patients. A questionnaire was administered and the ST-VIAR model was used to assess types of spiritual suffering in participants. For three months, the patients were exposed to weekly spiritual care interventions after which the level of spiritual suffering was assessed. The study then used the Chi-Square Test to assess the impact of spiritual care on the quality of life. By the end of this study, observations were made on indicators three and six. Patients experienced an improvement relating to spiritual suffering. For one, the percentage went from 73.2 before the intervention to 51.5 after. Its capital gain is 0.004. Another one measured 78% before the intervention to 41.5% after. Its capital gain was 0.005. The improvement was more remarkable in patients at an advanced stage. Their expression of spiritual suffering fell from 96.9% before the intervention to 33.3% after the intervention. This implies that spiritual care has a significant impact on the quality of life of people with cancer. Given these results, we recommend that hospitals and healthcare structures handling cancer patients integrate spiritual care protocols by specialists such as chaplains into the treatment and care of cancer patients. This research recommends that higher education training institutions should provide palliative care specializations, like clinical chaplaincy, for learners willing to become qualified spiritual care providers.

83. LES URGENCES EN FIN DE VIE, LA FIN DE VIE AUX URGENCES : COMMENT TENDRE VERS LE JUSTE SOIN ?

Puidupin MA. *Médecin gériatre chez Korian, Service de Soins de Suite et de Réadaptation Les Flots SSR Les Flots 33400 Talence.*

Un patient atteint de maladie grave en phase avancée ou palliative peut présenter une aggravation de sa pathologie ou une maladie intercurrente revêtant un caractère d'urgence.

Comment faire bénéficier le patient et son entourage d'une prise en soins adéquate, éthique et adaptée ?

Sans prétendre répondre à toutes les problématiques complexes ou intriquées dans ces situations d'urgence, l'auteur propose quelques pistes de réflexion et des propositions thérapeutiques face à des situations courantes.

84. APPROCHES NON MEDICAMENTEUSES POUR SOULAGER LES PATIENTS ET LES PROCHES

Françoise BOISSIERES

Les approches non médicamenteuses sont un ensemble de techniques de soins, d'approches environnementales, d'approches humaines ayant pour objectifs le soulagement de certains symptômes et l'amélioration de la qualité de vie du patient. Ces pratiques se font en collaboration et participation du corps médical. Elles sont essentielles pour favoriser le bien être des patients et leurs proches. Ces traitements non médicamenteux ont une part entière pour soulager, détendre, d'autant que les antalgiques sont parfois rares. Ces « nouvelles » thérapies s'intéressent aux 5 sens, au psychocorporel, à l'histoire de vie de la personne. Une diversité de thèmes sera abordée comme le confort physique, le Toucher Massage®, la musicothérapie, l'hypnose, l'acupuncture, la réflexologie... l'art thérapie.

85. LA MORPHINE EN QUESTIONS : UNE OFFRE INDISPENSABLE POUR LA PLANETE

Burucoa B. *Association ADESPA et Fédération FISP. benoit.burucoa@chu-bordeaux.fr*

Nous constatons que les personnes malades souffrent de douleurs chroniques, intenses et complexes non soulagées du fait de la pauvreté et de la précarité du système de santé dans ce pays, comme dans la plupart des pays d'Afrique centrale et de l'ouest. **Partout sur Terre**, un programme de Médecine de la douleur-Médecine palliative, particulièrement pour les pathologies cancer et SIDA, nécessite une formation théorique, une formation pratique, des lieux de références type USP, mais aussi un **programme de médicaments et notamment une mise à disposition d'opioïdes...**

86. DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES CANCERS CUTANÉS CHEZ LES PATIENTS VIVANT AVEC L'ALBINISME : OBSERVATION CLINIQUE D'UN CAS DE CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DE LA PEAU DU VISAGE CHEZ PATIENT ALBINO DANS LA VILLE DE DOUALA, CAMEROUN

Mouelle Mbassi W. *Service de cancérologie Hôpital général de Douala*

Le carcinome spinocellulaire est le plus fréquent des cancers de la peau chez les sujets albinos.

Il se manifeste dans cette population très souvent par de volumineuses tumeurs ulcéreuses et inesthétiques altérant la qualité de vie et surtout le vécu psychologique de ces malades.

Les auteurs au cours de cette observation décrivent les défis de la prise en charge holistique chez un patient albinos camerounais présentant un carcinome épidermoïde périorbitaire géant.



87. RÔLE DE L'INFIRMIER EN SOINS PALLIATIFS : LE CAS DE L'UGANDA

Dive S. *Hospice Africa Uganda. Kampala, Ouganda*

Introduction: Les infirmières sont la pierre angulaire des soins palliatifs dans le monde. En Ouganda, elles ont été responsabilisées, ce qui a accéléré la diffusion des services de soins palliatifs dans le pays. Les soins palliatifs sont désormais présents dans 135 des 165 districts de l'Ouganda. Ce résultat a été principalement attribué au rôle joué par les infirmières dans l'intégration des soins palliatifs dans le système de santé.

Méthodologie: Les soins palliatifs (SP) ont débuté en Ouganda en 1993 par le professeur Anne Merriman à l'hôpital. Elle a formé et travaillé avec des infirmières à l'hôpital, qui ont ensuite suivi les patients à domicile. Plus le nombre de patients nécessitant des soins palliatifs était très élevé, plus les agents de santé ont été formés, non seulement les médecins et les infirmières, mais aussi d'autres professionnels paramédicaux. Comme l'utilisation de la morphine était de plus en plus nécessaire, les infirmières ont également été formées à la prescription d'opioïdes en complément des médecins. Cette formation est toujours en cours et a été étendue à d'autres pays africains.

Résultats: Les infirmières sont plus confiantes dans leur travail ; elles assument des rôles de direction et sont à l'avant-garde de l'évaluation et de la gestion de la douleur. Celles qui ont reçu une formation spécialisée prescrivent des opioïdes ; ils identifient les patients qui ont besoin d'un traitement et ayant des besoins en soins palliatifs, gèrent la douleur et les symptômes pénibles, observent, surveillent l'état du patient et l'orientent vers d'autres services. Ils tiennent des registres, soutiennent les patients et utilisent une approche flexible dans les soins aux patients.

Défis : Les infirmières ne sont souvent pas soutenues dans la pratique des soins palliatifs et sont surchargées de travail. Elles sont déployées à tort, par exemple dans des salles d'opération plutôt que dans un environnement de soins primaires. Les médicaments essentiels pour les soins palliatifs ne sont pas toujours disponibles. Le travail des infirmières est souvent contrarié par des professionnels de la santé naïfs en matière de soins palliatifs.

Conclusion: Tous les professionnels de la santé doivent avoir au moins une formation de base en soins palliatifs pour soutenir les infirmières. Le transfert des tâches permet de réduire la charge de travail inutile et de renforcer les autres carrières.

Contacts

Pour tout contact avec la revue adresser votre courriel à l'adresse mail suivante :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

Les membres du comité de rédaction peuvent être contactés de façon individuelle aux adresses suivantes :

✉ **Rédacteurs en chef :**

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani
Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zanzou

JPBinuani@chu-angers.fr
psgangazanzou@hotmail.com

✉ **Responsable de la publication :**

Dr Richard Bibi.

cesarhyve@yahoo.fr

✉ **Responsable de la communication**

Dr Florian Diakabana.

flodiak@hotmail.fr



