

Aspects épidémio-cliniques et anatomopathologiques du mélanome malin à Bangui, Centrafrique: à propos de 22 cas

Malignant melanoma in Central Africa: Study of 22 cases diagnosed at the Laboratory of Pathology of Bangui

L. Kobangué (1,3)*, B. Koffi (2,3), P. Guéréndo (1), P.R. Bisségué (3),
V. Gbatoumba (2), F. Lénguébanga (4)

(1) Service de Dermatologie Vénérologie du CNHU de Bangui, Centrafrique

(2) Service du Laboratoire d'Anatomopathologie du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique de Bangui, Centrafrique

(3) Faculté des Sciences de La Santé, Université de Bangui, Centrafrique

(4) Service de Médecine, Hôpital Communautaire de Bangui, Centrafrique

Résumé

Introduction. Le mélanome malin reste la principale cause de décès par cancer cutané. Cette étude avait pour objectifs de déterminer leur fréquence relative et de décrire les caractères épidémiologiques et les types histologiques.

Matériels et méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale sur les mélanomes cutanés diagnostiqués au Laboratoire d'anatomopathologie de Bangui allant de janvier 2001 à décembre 2010 (10 ans). Etaient inclus dans l'étude tous les patients, quel que soit l'âge et le sexe, présentant un mélanome malin confirmé histologiquement.

Résultats. Vingt-deux cas de mélanome malin avaient été diagnostiqués en 10 ans, soit une moyenne annuelle de 2,2 cas. Ce qui représentait 9,69% des cancers cutanés. L'âge moyen des patients était de $60,19 \pm 12$ ans. Les patients de plus de 55 ans étaient plus atteints ($n=18$; 81,8%), sans distinction de sexe (sex ratio= 1). Le pied était le principal siège des lésions ($n=19$; 86,4%) et on notait une prédominance du type histologique nodulaire ($n=21$; 95,4%). Dans 59,1% des cas, le niveau de Clark et Mihnn était égal à 4.

Conclusion. Le diagnostic du mélanome malin en Centrafrique est tardif d'où l'intérêt du recyclage et/ou une formation des personnels de santé.

Mots clés: mélanome malin, anatomo-pathologie, Centrafrique

Abstract

Introduction. Malignant melanoma remains the leading cause of death from skin cancer. This study aimed to determine their relative frequency, and to describe the epidemiological characteristics and the histological types.

Materials and methods. We conducted a cross-sectional study on cutaneous melanoma diagnosed at the Laboratory of Pathology of Bangui from January 2001 to December 2010 (10 years). Were included in the study all patients, regardless of age and sex, with histological confirmation.

Results. Twenty two cases of malignant melanoma were diagnosed in 10 years, an annual average of 2.2 cases, which represented 9.69% of skin cancers. The average age of the patients was 60.19 ± 12 years. Patients over 55 years were more affected ($n=18$; 81.8%), regardless of sex (sex ratio = 1). The foot was the main location of the lesions ($n=19$; 86.4%) and nodular histologic type was more predominant ($n=21$; 95.4%). In 59.1% of cases ($n=13$), the Clark and Mihnn level was equal to 4.

Conclusion. The diagnosis of malignant melanoma in Central Africa is delayed. Recycling and/or training of health personnel is crucial.

Key words: malignant melanoma, anatomo-pathology, Central Africa

Introduction

Les cancers cutanés sont de plus en plus fréquents dans le monde [1]. Les plus fréquents et les moins graves sont les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes qui représentent plus de 90% des cancers de peau [2]. Le mélanome malin, bien que beaucoup moins fréquent, est la principale cause de décès par cancer cutané [3]. Sa fréquence chez le sujet de race blanche varie selon les pays mais est en permanente augmentation avec un dédoublement du nombre de nouveaux cas tous les 10 ans depuis les années 60 en Europe [4]. Environ 650 000 individus dans le monde vivent aujourd'hui avec un mélanome. Quelques 160 000 mélanomes sont diagnostiqués chaque année dans le monde dont un peu plus de 62 000 en Europe [5]. En République Centrafricaine, la lutte contre le cancer en général n'est pas encore intégrée dans les programmes nationaux de santé, donc sans structure adéquate de prise en charge. Le Service d'Anatomopathologie créé dans les années 80 n'est devenu opérationnel que depuis 1999. L'hypothèse de cette étude était que le mélanome malin est rare en Centrafrique et de découverte au stade tardif la plupart des cas. Les objectifs étaient de déterminer sa fréquence relative, de décrire ses aspects épidémiocliniques et les types histologiques.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, allant du mois du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010 au Laboratoire d'Anatomopathologie de Bangui. La population étudiée était constituée des patients de tout âge et des deux sexes, provenant du Service de Dermatologie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui (CNHUB), des autres hôpitaux centraux de la capitale et des formations sanitaires de provinces, ayant réalisé un examen anatomopathologique dans notre laboratoire. Étaient inclus dans l'étude les patients présentant un mélanome malin confirmé par un examen histologique et disposant dans le dossier des renseignements sociodémographiques et cliniques complets. La classification de Clark et Mihnn était utilisée pour apprécier le stade de mélanome. N'étaient pas inclus les patients qui avaient un nævus novo cellulaire, un mélanome extra cutané et ceux avec un dossier incomplet. Les sources des données ont été les registres du Laboratoire d'Anatomopathologie, les fiches des résultats d'examens histologiques, les regi-

stres des hôpitaux pour compléter les informations. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, la provenance, les signes cliniques, les localisations, les diagnostics, les types de prélèvement, les résultats d'histologie.

Résultats

Sur les 14444 examens anatomopathologiques réalisés au Laboratoire d'Anatomopathologie de Bangui, 227 cas (1,57%) de cancers cutanés étaient diagnostiqués. Parmi les cancers cutanés, les mélanomes malins représentaient 9,69% (n=22/227) des cancers cutanés et 0,15% (n=22/14444) de tous les examens anatomopathologiques réalisés. Le mélanome malin occupait le deuxième rang des cancers cutanés, à égalité avec le carcinome spinocellulaire (n=22/227; 9,69%), après le sarcome de Kaposi (n=169/227) soit 74,44% et devant le carcinome basocellulaire (n=9/227; 3,96%), le dermatofibrome de Darier-Ferrand (n=4/227; 1,76%) et la maladie de Paget (n=1/227; 0,44%). L'incidence hospitalière moyenne était de 2,2 cas par an. La majorité des patients provenait des services chirurgicaux des formations sanitaires de Bangui et du Service de Dermatologie et 4,5% des cas venaient des provinces.

L'âge moyen des patients était de 60,19±12 ans, avec une moyenne de 61,9 ans chez les hommes et 58,63 ans chez les femmes (âges extrêmes: 28 et 88 ans). On notait un pic de fréquence entre 55 ans et plus (n=18; 81,8%). La répartition des cas par sexe était équitable avec un sex-ratio égal à 1. La répartition selon les tranches d'âge et le sexe a montré que les hommes et les femmes étaient équitablement atteints au-delà de 45 ans (Tableau 1).

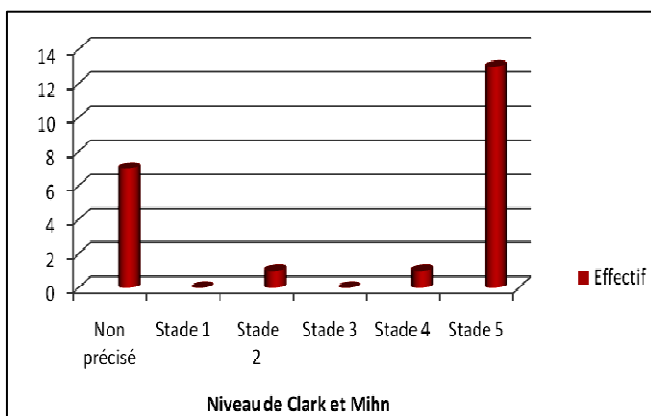
Sur le plan clinique, les patients consultaient dans 45,4% des cas (n=10) pour une ulcération et 45,4% (n=10) pour un bourgeonnement et 9,2% (n=2) pour une macule pigmentée. Le type de prélèvement majoritaire était la pièce opératoire (exérèse cutanée ou amputation) (n=12; 54,5%), suivi par la biopsie cutanée (n=9; 40,9%) et les non précisés (n=1; 5,5%). Le siège des lésions était le pied (n=19/22; 86,4%), le pied et la cuisse (n=1/22; 5,5%), la cuisse (n=1/22; 5,5%) et les fosses nasales (n=1/22; 5,5%). Les lésions étaient pigmentées dans 86,4% des cas (n=19/22), et non pigmentées dans 13,6% des cas (n=3/22).

Histologiquement, 95,4% (n=21/22) de mélanomes diagnostiqués étaient de type nodulaire; le reste était superficiel. Selon le stade évolutif, 13 cas sur 22

Tableau 1. Répartition des cas de mélanome malin selon les tranches d'âge et le sexe au Laboratoire d'Anatomopathologie de Bangui de 2001 à 2010 (n=22)

Sexe	Tranches d'âge (ans)				Total
	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 et +	
Féminin (n)	1	1	1	8	11
Masculin (n)	0	0	1	9	11
Total	1	1	2	17	22

(59,1%), avaient été diagnostiqués au stade 5 de Clark et Mihnn (Figure 1). Le stade évolutif de 7 cas sur 22 (31,81%) n'était pas précisé. Des métastases cliniques étaient notées chez 5 patients.

**Figure 1.** Répartition des cas de mélanome malin selon les stades évolutifs au Laboratoire d'Anatomopathologie de Bangui de 2001 à 2010 (n=22).

Discussion

La limite de l'étude était constituée par le manque de certains renseignements cliniques et thérapeutique comme la durée d'évolution des symptômes, les antécédents des malades, l'indice de Breslow et le traitement institué aux patients. Toutefois, les données recueillies avaient permis de situer la place de mélanome malin cutané parmi les cancers cutanés à Bangui. Ceux-ci du fait de la concentration des hôpitaux de référence à Bangui où la plupart des patients sont souvent évacués pour une prise en charge.

Sur le plan épidémiologique, le mélanome malin cutané représentait 9,69% des cancers cutanés diagnostiqués au Laboratoire National de Bangui. Cette prévalence était supérieure au 5,79% observés par

Pitché [6] au Togo lors d'une étude rétrospective de 15 ans. Elle était cependant inférieure à celles rapportées par Chraïbi [7] en Tunisie et Grange [8] dans la population française. En effet, le mélanome malin cutané est rare en Afrique comme l'ont affirmé Péko *et al.* [9] au Congo, Faye *et al.* [10] au Sénégal à cause de la richesse de la peau en mélanine. La tranche d'âge la plus exposée dans l'étude était comprise entre 55 ans et plus, avec une moyenne d'âge de 60,19 ans et une égalité dans la répartition des cas dans les deux sexes. Sur ce point, les résultats de Péko *et al.* [9] étaient superposables au nôtre, répertoriant une moyenne d'âge de 54 ans et une répartition dans les sexes (sex-ratio à 1,25) un peu similaire à la nôtre. Cependant, Hadjadj *et al.* [11] avaient rapporté dans leur étude une élévation de la fréquence dans une tranche d'âge comprise entre 30 et 80 ans, avec une prédominance masculine. Ces auteurs n'avaient pas trouvé d'explication à cette prédominance masculine. A contrario, Mseddi *et al.* [1] et Rippey [12] avaient tous, de leurs côtés, retrouvé une prédominance féminine respectivement à 60,6% et à 65%. La prédominance masculine dans notre échantillon serait-elle liée au mode de vie des hommes ? Du point de vue de l'âge, les résultats étaient presque similaires aux nôtres, montrant que la plupart des patients sont des sujets âgés. Les raisons résideraient probablement dans la conjugaison des facteurs tels le vieillissement ou la durée d'exposition au soleil ou aux microtraumatismes.

Cliniquement et selon la littérature, la localisation de la lésion du mélanome chez le sujet de race noire (type 4 à 5) est préférentiellement au niveau des membres inférieurs, avec une prédominance aux pieds. Nos travaux viennent renforcer ce constat avec 90,9% des cas des lésions localisées sur le pied, plus particulièrement au talon et à la plante du pied. Ces données concordaient avec celles de la plupart des au-

teurs, notamment Péko *et al.* [9] qui avaient retrouvé environ 74% de cas siégeant au niveau des membres inférieurs dont 65% au niveau de la plante du pied. Azzola *et al.* [13], Diomandé *et al.* [14] en Côte d'Ivoire, Napo-Koura *et al.* [15] au Togo et Faye au Sénégal [5] avaient tous mentionné une prédominance des lésions au niveau des membres inférieurs, précisément au niveau du pied. Ces résultats reflètent l'ensemble de la littérature sur la localisation du mélanome malin cutané qui siège préférentiellement au pied chez l'africain, mais aussi chez le noir américain et chez le chinois [10,14,16,17] à cause de l'hypopigmentation plantaire ou des microtraumatismes répétés ? Dans cette série de 22 cas, seul 15 patients avaient eu un niveau de classification de Clark précisé, parmi lesquels 13 étaient au stade 5, soit 86%. Ceci différait légèrement des données de Roudier [18] qui avait recensé dans son étude portant sur un échantillonnage de 98 cas, 28 cas de niveau 3 et 34 cas de niveau 4, soit respectivement 28,57% et 34,69%. Saka [20] au Togo avait retrouvé 71% à 90% de niveau 3 et 4 de Clark et Mihm, ainsi que Péko *et al.* [9] et Diomandé *et al.* [14] qui avaient tous recensé plus de 90% des cas où les malades avaient atteint un niveau de Clark supérieur ou égal à 3. Les proportions africaines à ce propos sont supérieures à ceux des séries américaines et européennes rapportées par Aubain [19]. Ces différents résultats témoignent du diagnostic tardif de la maladie en Afrique, du manque de sensibilisation de la population et des personnels de santé et de l'insuffisance des moyens de prise en charge adéquate, à l'opposé de ce qui se fait dans les pays développés. La majorité des cas était de type histologique nodulaire (91%). Saka *et al.* [20] ainsi que Chraïbi [7] avaient également décrit une prédominance du type histologique nodulaire chez les sujets de race noire. Péko *et al.* [9] au Congo avait retrouvé un résultat similaire avec 80% de type nodulaire, ainsi que Diomandé *et al.* [14] en Côte d'Ivoire. Ces constats différaient de ceux de Garbe [21] qui avaient remarqué chez les sujets de race blanche une prédominance du type histologique peu invasif, notamment le mélanome superficiel extensif (SSM) et la mélanose de Dubreuilh. Mais ils soulignaient par contre la rareté de la forme nodulaire dans la race blanche. Ces différences seraient probablement liées au fait que dans la population blanche, le mélanome constitue un problème de santé publique, bénéficiant d'un programme de lutte, de grand moyen de sensibilisation et de diagnostic précoce. En Afrique, le manque de tous ces moyens de lutte précités, fait que les patients ne consultent qu'au stade de complications

(ulcérations, lésions inesthétiques, métastases, etc.), rendant ainsi plus sombre le pronostic.

Conclusion

Le mélanome malin cutané est assez rare. Il se rencontre le plus souvent chez les sujets âgés, sans distinction de sexe. Sa principale localisation est le membre inférieur, notamment le pied. Le diagnostic est le plus souvent tardif. La sensibilisation de la population et des personnels de santé contribuerait à un diagnostic plus précoce, et une prise en charge adéquate.

Références

1. Mseddi M, Marrekchi S, Abdelmaksoud W, *et al.* Profil épidémiologique des cancers cutanés dans le sud tunisien. *Tunis Med* 2007; 85(6): 505-8.
2. National Cancer Institute of Canada. Canadian cancer statistics 2003, Toronto, Canada 2003.
3. Mackie RM, Bufalino R, Morabito A, *et al.* Lack of effect of pregnancy on outcome of melanoma. For The World Health Organisation Melanoma Program. *Lancet* 1991; 337 (8742): 749-53.
4. Rigel DS, Friedman RJ, Kopf AW. The incidence of malignant melanoma in the United States: issues as we approach the 21 st Century. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 839-47.
5. Ferlay J, Bray F, Pisani P, *et al.* Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon. Ed. IARC Cancer Base N° 5 version 2.0: IARC press : 2004
6. Pitché P. Le mélanome malin en Afrique. *Nouv Dermatol* 1998; 17(9): 603-30.
7. Chraïbi R. Aspects épidémiologiques des cancers cutanés d'extrémités. *Med Maghreb* 2008; 160: 43-5.
8. Grange F. Annales de dermatologie et de Vénérologie. Epidémiologie du mélanome cutané : données descriptives en France et en Europe. *Ann Dermatol Vénérol* 2005; 132(12): 975-82.
9. Péko JF, Hondé M, Moyen G, *et al.* Mélanome cutané : étude rétrospective de 27 observations à Brazzaville. *Med Trop* 2003; 63(6): 634.
10. Faye I, Sarrat H, Camain R. Les cancers cutanés au Sénégal. *Med Afr Noire* 1971; 18: 459-60.
11. Hadjadj R, Tebbkha O, Baba-Ahmed R. Mélanome cutané: à propos d'une série de 15 cas. *Ann Dermatol Vénérol* 2002; 129: 25-30.
12. Rippey JJ, Rippey E. Epidemiology of malignant melanoma of the skin in South Africa. *South Afr Med J* 1984; 65(15): 595-8.
13. Azzola MF, Shaw HM, Thompson JF. Tumor mitotic rate is a more powerful prognostic indicator than ulceration in patients with primary cutaneous melanoma: an analysis of 3661 patients from single center. *Cancer* 2003; 97(6): 1488-98.
14. Diomandé MI, Effi AB, Hondé M. Malignant melanoma in the Ivory Coast. Epidemiologic and histoprognostic aspects. Report of 195 cases. *Clin Exp Pathol* 1999; 47: 92-5.
15. Napo-Koura G, Pitché P, Tchangai-Walla K. Les cancers au Togo. *Bull Cancer* 1997; 84: 887-9.
16. Basset A, Camain R. Mélanomes malins primitifs : formes africaines. *Ann Dermatol Vénérol* 1966; 93: 664-5.
17. Tuyns AJ. Cancers cutanés en Afrique et dans le monde. *Med Afr Noire* 1971; 18: 459-60.
18. Roudier-Pujol C, Saïah Ph. Mélanomes malins : épidémiologie, diagnostic, évolution, critères histologiques du pronostic. *Rev Prat* 1998; 48: 1729-35.

19. Aubin F. Conférence Internationale sur le mélanome malin, Houston 1999. *Nouv Dermatol* 1992; 11: 198-203.
20. Saka B, Kombaté K, Mouhari-Touré A. Les cancers cutanés en Afrique subsaharienne. *Nouv Dermatol* 2010; 29: 270-3.
21. Garbe C, Buttner P, Bertz J. Primary cutaneous melanoma: identification of prognostic group and estimation of individual prognosis for 5093 patients. *Cancer* 1995; 75(10): 2484-91.