

LE NÉPHROBLASTOME À ABIDJAN : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS. *NEPHROBLASTOMA IN ABIDJAN: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL AND EVOLUTIONARY ASPECTS.*

YAO ATTEBY, COUITCHÉRÉ L, ATIMERE Y, OUATTARA J, ARMAH S, OULAI S.

Service de Pédiatrie CHU de Treichville, Abidjan RCI.

Correspondence : Yao Atteby, 01 BPV3 Abidjan 01
Mail: attebyjj@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. Le néphroblastome est l'une des tumeurs du rein les plus fréquentes chez l'enfant. Il s'agit d'un cancer curable dans la majorité des cas et son traitement obéit à des règles précises. L'objectif était, en l'absence d'étude antérieure, de présenter les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du néphroblastome pris en charge à Abidjan.

Méthode. Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée descriptive portant sur des enfants atteints de néphroblastome au service de pédiatrie du CHU de Treichville entre 1995 et 2006.

Résultats. 56 cas sur 11 ans ont été colligés, soit une incidence hospitalière de 5,1 cas par année. La moyenne d'âge était de 5 ans avec autant de filles que de garçons. Au plan clinique, la masse abdominale était le principal motif de consultation et la majorité des tumeurs était découverte à des stades avancés (stade III). Au plan thérapeutique, la majorité des malades ont bénéficié d'une chimiothérapie pré et post opératoire avec un délai de prise en charge relativement court et une bonne compliance au traitement dans 52% des cas. Au plan évolutif, l'évolution s'est soldée par un taux de guérison de 30% avec cependant 29% des patients perdus de vue et 35% de décédés.

Conclusion. Le néphroblastome est une tumeur qui était relativement fréquente dans notre service. Elle se caractérisait par une masse abdominale et la majorité des tumeurs était découverte à un stade avancé. Les résultats thérapeutiques restaient cependant à améliorer.

Mots clés : Néphroblastome, Tumeur, Abdomen, Enfant, Chimiothérapie,

SUMMARY

Introduction. Nephroblastoma is the most frequent kidney's tumours in children. It's a curable cancer in the majority of the cases and his treatment obeyed to some precise rules. The main objective of this study was, in the absence of anterior survey, of presenting the epidemiology, clinics, therapeutic and evolutionary aspects of the cases in Abidjan.

Method: We achieved a retrospective survey to descriptive structural aim on 56 cases in paediatrics service of CHU of Treichville between 1995 and 2006.

Results. To the epidemiological plan, we had 56 cases on 11 years, is a hospitable incidence of 5.1 cases per year. The mean of age was about 5 years with so much of girls that of boys. At the clinic plan, the abdominal mass was the main motive of consultation and the majority of the tumours were discovered to advanced stadiums (III stadium). At the therapeutic plan, the majority of the sick person benefited meadow and post operator with a time limit of a chemotherapy of taking in loads relatively short and a good compliance to the treatment in 52% of cases. To the evolutionary plan, the evolution is reach by a rate of recovery of 30% with however 29% some patients lost of seeing and 35% of dying.

Conclusion. The nephroblastoma is the second tumour of the child to Abidjan after Burkitt lymphoma. The epidemiologic and clinic profile of our set is similar to this how so-called the literature. The therapeutic results remain however to improve.

Keys words: Nephroblastoma, Tumor, Abdominal, Child, Clinic, Chemotherapy.

I/ INTRODUCTION

Le néphroblastome est une tumeur maligne du rein qui se développe à partir de tissu embryonnaire. Il représente environ 5 à 14% de l'ensemble des cancers de l'enfant en Europe¹. En Afrique et en Côte d'Ivoire les taux ne sont pas précisés ; toutefois, les statistiques hospitalières le classent au 2^{ème} rang après le lymphome de Burkitt.

Quoique l'origine de cette tumeur ne soit pas encore bien cernée, elle a bénéficié d'important progrès dans la prise en charge avec un taux de guérison d'environ 90% en Europe et aux USA¹. En Afrique, la prise en charge reste encore timide avec des taux de guérison de 30-40%².

L'objectif de ce travail était d'évaluer les données épidémiologiques et évolutifs de cette pathologie chez les enfants venus en consultation dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville qui est le seul centre prenant en charge cette tumeur.

MÉTHODE.

L'étude a concerné tous les enfants de moins de 15 ans hospitalisés dans l'unité d'Hématologie-Oncologie pédiatrique, de Janvier 1995 à Décembre 2006 pour Néphroblastome.

Le recueil des données s'est fait à l'aide d'une fiche d'enquête structurée. Les sources ont été les dossiers des malades hospitalisés dans l'unité et qui ont été retrouvés aux archives. Les malades ont été tous pris en charge selon les recommandations de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique (SIOP 2001).

RESULTATS

Ainsi nous avons recueilli 56 dossiers de patients hospitalisés répondant à nos critères sur 63 dossiers analysés sur une période de 11 ans.

Epidémiologie

La moyenne était de 5 cas de tumeurs rénales par an avec un pic de fréquence en 2003 (10 cas). On observait une discrète prédominance féminine (sex-ratio à 0,93). L'âge moyen des patients était de 5 ans avec des extrêmes de 4 mois et de 14 ans.

Les patients ivoiriens représentaient 87% de l'effectif. Les patients issus des zones urbaines étaient plus nombreux (75%). La majeure partie des cas avait un niveau social bas (82%).

Clinique

Le délai moyen de consultation après le début de la maladie était de 2 mois et 10 jours.

La masse abdominale était le principal motif de consultation (93%). 66% des enfants avaient un état général conservé.

La notion d'hématurie a été retrouvée seulement chez 4 malades. Le diagnostic a été affirmé dans la majorité des cas par l'échographie (tableau I). Seul 45% des patients enregistrés avaient fait une radiographie pulmonaire et une échographie abdominale dans le cadre du bilan d'extension. 86% des enfants étaient anémiés dont 56% d'anémie microcytaire et 3% des cas étaient en insuffisance rénale.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'imagerie médicale réalisée.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE	n	%
Echographie +UIV	21	38
Echographie abdominale	17	30
Echographie +scanner abdominal	9	16
Echographie abdominale + UIV + scanner abdominal	8	14
ASP + Echographie abdominale	1	2
TOTAL	56	100

On observait en ce qui concerne les localisations, 53% étaient localisées à droites, 45% à gauche et 2% de formes bilatérales.

Près de la moitié de l'effectif (43%) n'a pu bénéficier d'une stadification de la tumeur.

Evolution

Le traitement a comporté une phase médicale (chimiothérapie) suivie de la chirurgie d'exérèse. La durée moyenne du traitement était de neuf mois et 17 jours. Le délai de prise en charge a été supérieur à 1 semaine chez 20 malades et supérieur à 2 semaines chez 13 malades.

La majeure partie des patients avait bénéficié d'une chimiothérapie (selon la SIOP) et d'une chirurgie (Tableau II). Seuls 8 cas sont restés sans traitements et 13 cas n'ont bénéficié que de la chimiothérapie seule.

Tableau II : Répartition des patients en fonction des moyens thérapeutiques utilisés

Traitements	%
Aucun traitement	14 %
Chimiothérapie seule	23 %
Chimiothérapie + chirurgie	63 %

La moyenne des cures de chimiothérapie pré opératoire était de 4 cures.

Le délai moyen entre la dernière cure de chimiothérapie préopératoire et la chirurgie était de 16 jours. La moyenne des cures de chimiothérapie en post opératoire était de 11 cures.

La compliance du traitement a été jugée bonne dans 52% des cas.

Nous avons observé 30% de guérisons avec un recul de plus de 2 ans, 35% de décès dont 12 (60%) avaient obtenu une première rémission complète, 29% de perdu de vu dont 3 (19%) étaient en rémission complète et 4% de rechute. La plupart des décès sont survenus dans un contexte de reprise tumorale.

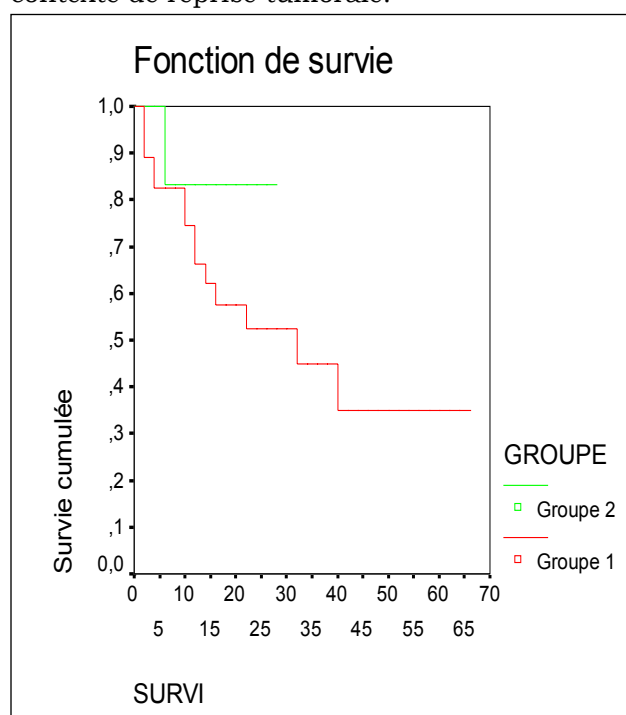


Figure : Survie comparée de malades pris en charge entre 1995 et 2004 (groupe 1) et ceux pris en charge depuis 2005 (groupe 2).

DISCUSSION

Les résultats généraux

Sur les 63 dossiers analysés, il ya avait en moyenne 51,79% de filles pour 48,21% de garçons, soit un sexe ratio de 0,93 en faveur des filles ; similaire à la littérature^{3,4}, même si, parfois, il ya une tendance à l'équilibre^{5,2,6,7}.

Le néphroblastome reste une tumeur de la petite enfance^{5,6,8,9}.

Aspects Cliniques

Le délai de consultation de notre série variait entre 1 et 3 mois chez 63% de nos malades, comme au Cameroun⁶. Cette consultation tardive des malades pourrait s'expliquer non seulement par la méconnaissance de la pathologie tumorale par certains agents de santé, l'ignorance de la population à majorité analphabète, mais également par le niveau socio-économique défavorisé des parents, l'éloignement des centres hospitaliers agréés des habitations et enfin des croyances africaines (sorcellerie, sort...).

La masse abdominale (93%) constituait le motif le plus fréquent de consultation, en adéquation avec de nombreux auteurs¹⁰⁻¹⁶.

Les patients présentaient un état général conservé, comme rapportés par des travaux européens qui ont montré que les patients atteints de néphroblastome avaient un bon état général^{1,9,11,17}.

Aux principaux signes que notre étude a rapportés (masse et douleur abdominales, fièvre) conformément à la littérature^{1,5,7,10,11,18,19}, nous avons également noté des signes associés tel l'hématurie dans 20% des cas.

La part de l'imagerie médicale pour la confirmation du diagnostic suit la même tendance que les données de la littérature^{16,18,20-22}. Cette tendance était également observée dans le cadre du bilan d'extension^{5,9,11, 17-19,23}.

Concernant le siège de la tumeur, notre étude montre qu'il y a une prédominance des localisations droites, soit 53% contre 45%. Ce résultat est superposable à celui de Sow² qui, dans une étude réalisée à Yaoundé (Cameroun), a montré que chez 39 enfants soit (52%) des cas, la tumeur rénale siégeait à droite.

Aspects évolutifs

Le délai de prise en charge dans notre série varie de 7 à 15 jours chez 36% de nos patients avec une moyenne de 16 jours.

70% de nos patients avaient une durée de traitement comprise entre 0-10 mois. Ce fait devrait être mis en rapport avec l'accessibilité des soins et la paupérisation des populations, surtout les difficultés des parents à honorer les ordonnances médicales, de traitement spécifique.

63% des malades enregistrés avaient bénéficié d'un traitement spécifique : chimiothérapie²⁴ et chirurgie.

Les disparités dans les modes de traitement ainsi que le fort taux de décès enregistrés (35%) pourraient s'expliquer par :

- par l'absence de mécanisme favorisant l'accès des populations démunies aux médicaments,.

- De plus, la consultation tardive des patients et le faible plateau technique en l'occurrence,
- l'absence d'une radiothérapie dans l'unité d'hémo-oncologie pédiatrique sont des facteurs entravant la prise en charge correcte des malades,
- 85% des décès étaient liés à la tumeur (les métastases) et survenaient principalement en phase d'entretien (60% des cas).

Nos courbes de survie (fig. 2) rappellent celle des études occidentales des années 50. En effet la survie globale tous stades confondus est passé de 30% en 1950 à plus de 80% actuellement en Europe¹⁷. Au Canada, la tumeur de Wilms représente 41% des cancers de l'enfant avec un taux de guérison de plus de 90% pour les formes localisées et plus de 60% pour les cas de tumeur avancée ou à risque élevé⁴.

CONCLUSION

Le néphroblastome ou tumeur de Wilms reste la plus fréquente des tumeurs du rein chez l'enfant. En Côte d'Ivoire, c'est la deuxième tumeur de l'enfant après les lymphomes. Son profil épidémiologique à Abidjan montre une égale répartition entre les sexes et une moyenne d'âge de 5 ans. Les localisations droites sont les plus fréquentes et les découvertes, réalisées en général devant une masse abdominale, sont tardives. La prise en charge se fait selon les recommandations de la SIOP. Les résultats étaient marqués par une mortalité élevée ; 35% et un taux de guérison qui reste faible, 30%. L'amélioration du plateau technique et les coopérations diverses devraient permettre une amélioration de ce taux

REFERENCES

1. **D'andon A, Vassal G, Hartmann O, Couanet D, Pein F.** Le néphroblastome ou tumeur de wilms. Institut Gustave-Roussy [Internet] 2003 [consulté le 12 Juillet 2007] : 12p. Disponible sur www.igr.fr/index.php?p_id=113
2. **Sow M, Mbakop A, Obama MT, Tedjoua E, Abondo A.** Les Tumeurs du rein en milieu africain. Incidence et aspects anatomo-cliniques : A propos de 123 cas observés à l'hôpital central et au CHU de Yaoundé (Cameroun). *Prog Urol* 1994 ;(4):214 -18.
3. **Mekki M, Landolsi A, Belghith M, Krichene I, Chelly S, Zakhama A, et al.** Tumeurs rénales malignes avant l'âge d'un an. Expérience d'un service de chirurgie pédiatrique nord Afrique. *Ann. Urol* 2003;37(5):239-43.
4. **Agence de santé publique du Canada.** Mon combat pour la vie, le cancer chez les enfants et les adolescents au Canada. La tumeur de wilms. [Internet] 1997 [consulté le 10 Juillet 2007] disponible sur : <http://www.phac-aqsc.gc.xcal/publicat/tbwilnf-mcplv/toc.f;html>
5. **Schleiermacher G, Brisse H.** Le néphroblastome. *Oncol. (Paris)* 2006 ; 8(6) 2 : 555-62.
6. **Angwafo III FF.** Masses rénales primaire chez l'enfant au Cameroun : plaidoyer pour une histologie avant traitement. *Afr. J. Urol* 2001 (2) : 51-56.
7. **Diezi M, Terciers S, Osterheld MC, Joseph JM.** Tumeurs rénales de l'enfant. *Rev. Méd Suisse* 2007 ; 3 (97).
8. **Lemerle J, Tournade M F, Pein F, Canlorbe P, Binet J L, Tubiana M, et al.** Le Néphroblastome, modèle des cancers chimiosensibles de l'enfant. *Bul. Acad. Nat. Méd* 1998 ; 182(6) :1231-46.
9. **Perlnan E, Boccon-Gibad L.** Tumeur du rein de l'enfant. *Ann. pathol* 2004 ; 24(6) : 516-35.
10. **Bergeron C.** Le cancer de l'enfant. *Annexe pédiatrique [internet] 2000 [consulté le 12 Juillet 2007] : 12p.* Disponible sur : [http:// :Med.Univ-Rennes1.Fr/etud/Pediatrique/cancer.Htm#.1](http://Med.Univ-Rennes1.Fr/etud/Pediatrique/cancer.Htm#.1)
11. **Plantaz D.** Néphroblastome ou tumeur de wilms. *Corpus médicale-faculté de Médecine de Grenoble [Internet] 2005 [consulté le 12 Juillet 2007] : 9p* disponible sur : [http:// :www.santé.ujf.grenoble.fr/SANTE/corpus/discipline/pedia/canped/144C/Lecon/144C.html](http://www.santé.ujf.grenoble.fr/SANTE/corpus/discipline/pedia/canped/144C/Lecon/144C.html)
12. **Lalau Keraly J.** Une masse abdominale. *Méd. enfance* 1995, 15(16).
13. **Champin O, Marchand B, Pasquier J M, Tourasse C, Tran-Minh V.** Masse abdominale. *Feuill. Radiol* 1996; 36(3) :237-39.
14. **Lemerle J, Tournade M F.** Néphroblastome : Tumeur de wilms. *Rev prat* 1993 ; 43(17) :2192-96.
15. **Landolsi A, Benfatma L, Kallel K, Gharbi O, Zakhama A, Golli M, et al.** Etude anatomoclinique et pronostique des néphroblastomes dans le centre Tunisien. [Internet] 2003 [consulté le 20 /12/2007] disponible sur http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6X0S-48NC1B3-&...
16. **Schleiermacher G, Doz F, Brisse H.** Tumeur abdominale de l'enfant. *Concours Méd* 2006; 128,3:121.
17. **Bey P, Sommelet D, De miscault G, Chastagner P, Schmitt C, Schmitt M, et al.** Le néphroblastome : un modèle en oncologie pédiatrique. *Ann.Med. Nancy et de l'Est* 1992 ; 31 : 39-43.
18. **Harif M, Benjelloun A, Lazra K F, Benchekroun S.** Le Néphroblastome: Acquisitions récentes. *Espé. Med* 2002;9(80) : 89-91.
19. **Neuzillet Y, Coulanqe C.** Tumeurs du rein. *Rev. Prat* 2007 ; 57(2) :195-00.
20. **Bergeron C, Frappaz D, Leroux D, Blez F, Vercherat M, Bouffet E, et al.** Tumeur de wilms et syndrome de Bloom. *Arch. Pédiatr* 1996 ; 3(8) : 802-05.
21. **Descotes J L, Doublet J.D.** Apport de l'imagerie et des biopsies dans le diagnostic des masses solides du rein. *Ann urol* 2006 ; 40.
22. **Helenon O, André M, Correas J M, Khairouné A, Merran S, Balleyguier C.** Caractérisation des masses rénales. *J Radiol* 2002 ; 83 (6) :787-02.
23. **Poisson J F, Mejan A, Hupertan V, Chretien Y, Dufour B, Thiounn N.** Tumeur du rein : étude monocentrique de 810 patients : évolution sur 15 ans. *Prog urol* 2005 ; 15 (16) : 1056.
24. **Carla H, Schoepfer C, Lusson J R, De Riberolles C, Vanneuvule G, Goddon D, et al.** Efficacité de la chimiothérapie préopératoire sur néphroblastome envahissant les cavités cardiaques. *Arch. Française Pédiatr* 1993 ; 50 (10) : 870-73.
25. **Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique 2001.** Protocoles thérapeutiques des tumeurs solides de l'enfant et de l'adolescent. www.cismef.org consulté en mars 2016.