



**Aspects clinique, histopathologique et thérapeutique du cancer pancréatique : une série descriptive des cas de la Clinique Marie – Yvette, à Kinshasa, République Démocratique du Congo**

*Clinical, histopathological and therapeutic aspects of pancreatic cancer: A descriptive case series from the Marie – Yvette Clinic, in Kinshasa, Democratic Republic of Congo*

Thérèse Talumenywe Ndarabu<sup>1,2</sup>, Antoine Yaba Wola Tshimpi<sup>1,2</sup>, Emmanuelle Eyale Loleke<sup>2</sup>, Trésor Mutombo Tshiswaka<sup>1</sup>, Trésor Modia Monsere<sup>1,2</sup>, Jean- Jacques Koyangele Matimbo<sup>1,2</sup>, Pauline Bikuelo Phaka<sup>1,2</sup>, Mireille Kaka Baveka<sup>2</sup>, Arsène Ndakakanu<sup>2</sup>, Linda Pemba Ntumba<sup>2</sup>, Aquillas Kangindo Kikwisina<sup>1,2</sup>, Divine Madimba Mbasu<sup>2</sup>, Pitshou Yemansai Kengibe<sup>1</sup>, Jean - Paul Mayimona Kimpiatu<sup>1</sup>, Charles Nlombi Mbendi<sup>1</sup>, Anthony Wola Tshimpi<sup>2</sup>, Mireille Solange Nkanga Nganga<sup>1</sup>, Fabrice Bokambandja<sup>1</sup>, Roger Ndjate Kasongo<sup>3</sup>, Bienvenu Massamba Lebwaze<sup>1</sup>

**Auteur Correspondant**

Thérèse Talumenywe Ndarabu, MD

Courriel : [therese.ndarabu@unikin.ac.cd](mailto:therese.ndarabu@unikin.ac.cd)

Tél:+234850548924

Cliniques Universitaires de Kinshasa,  
Université de Kinshasa

**Summary**

*Context & objective.* Although pancreatic cancer (PC) has a mortality rate close to 100%, increasing incidence and geographical disparity in developed countries, data on the disease are paradoxically scarce in Sub-Saharan Africa. The aim of the present study was to describe the clinical, histopathological and therapeutic aspects of PC. *Methods.* This was a descriptive case series that collated medical records of patients with PC followed up at Marie-Yvette Clinic, between 2015 and 2021. Variables of interest included clinical, histopathological and therapeutic data. *Results.* Of the 319 digestive cancer cases recorded, 52 were diagnosed with PC, representing a hospital frequency of 16%, 94% of which were ductal adenocarcinoma (ADCP). Most of patients presented with advanced or metastatic disease. Their average age was 63, with a male preponderance (M/F sex ratio 1.16). The most frequent clinical signs were weight loss (75.0%), jaundice (72 %) and

**Résumé**

*Contexte & objectif.* Bien que le cancer pancréatique (CP) ait une mortalité proche de 100 %, une incidence croissante et une disparité géographique dans les pays développés, les données y relatives sont paradoxalement inexistantes en Afrique subsaharienne. L'objectif de la présente étude était de décrire les aspects clinique, histopathologique et thérapeutique du CP.

*Méthodes.* C'était une série descriptive des cas ayant colligé les dossiers médicaux portant le diagnostic de CP et suivi à la Clinique Marie-Yvette, entre 2015 et 2021. Les variables d'intérêt englobaient les données cliniques, histopathologiques et thérapeutiques.

*Résultats.* Sur les 319 cas de cancers digestifs enregistrés, 52 portaient le diagnostic du CP soit une fréquence hospitalière de 16 % dont 94 % d'adénocarcinome canalaire (ADCP). La plupart d'entre eux ont consulté au stade avancé ou de métastases. Leur âge moyen était de 63 ans avec une prépondérance masculine (un sex ratio H/F de 1,16). Les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés étaient l'amaigrissement (75,0 %), l'ictère (72 %) et les épigastralgies (53,5 %).

e5705



epigastralgie (53.5 %). *Conclusion.* In this specialized clinic, one in six patients presented with PC, particularly ductal adenocarcinoma among the digestive cancers. Diagnosis was late, so much so that treatment was palliative in most patients.

**Keywords :** cancer, pancreas, histopathology, Kinshasa

Received February 20<sup>th</sup>, 2023

Accepted May 10<sup>th</sup>, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.12>

1. Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK)
2. Clinique Marie-Yvette (CLIMY)
3. Centre Médical de Kinshasa (CMK)

*Conclusion.* Dans cette clinique spécialisée, une personne sur six présente une CP particulièrement un adénocarcinome canalaire parmi les cancers digestifs. Le diagnostic était tardif si bien que le traitement était palliatif chez la plupart des patients.

**Mots-clés :** cancer, pancréas, aspects cliniques, histopathologie, Kinshasa

Reçu le 20 février 2023

Accepté le 10 mai 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.12>

## Introduction

Le cancer du pancréas (CP) est le 14<sup>ème</sup> cancer en fréquence et il représente la 7<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer dans le monde (1-3). L'adénocarcinome canalaire pancréatique (ADCP) en est la présentation histopathologique dans 90 % des cas (4). Les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge les plus élevés sont observés dans les régions à indice de développement humain très élevés (2). Les taux sont plus bas en Afrique et en Asie, particulièrement en Inde (3). Les valeurs observées en Océanie sont intermédiaires (1). En France, le CP est la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer (5). Il pourrait être la 2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer en Europe d'ici 2030 (3, 6-7). Les principaux facteurs de risque sont l'âge avancé, le sexe masculin, le tabagisme, l'obésité androïde, le diabète sucré de type 2, la pancréatite chronique et les antécédents familiaux du CP. En dépit des progrès réalisés dans la prise en charge du CP ces dernières années, la mortalité du CP est proche de 100 % (8). Le seul traitement curatif est la résection chirurgicale (7). Toutefois peu de patients en guérissent et 90 % auront une maladie à un stade métastatique, soit d'emblée au moment du diagnostic, soit après résection d'une tumeur initialement localisée (9). Selon l'étude GLOBOCAN de 2012, la République Démocratique du Congo (RDC) a une incidence estimée à 1, 66/100000 habitants (10) et une étude réalisée en 2015 a observé une

fréquence hospitalière de 8 % (11). Cependant, le profil épidémiologique et clinique du CP est très peu documenté dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS). L'objectif de la présente étude était de décrire les aspects cliniques, histopathologiques et thérapeutiques.

## Méthodes

*Nature, cadre et période d'étude*  
Il s'est agi d'une série descriptive des cas de CP. Elle a consisté à colliger tous les dossiers médicaux avec suspicion et/ou confirmation du CP de Novembre 2015 à Décembre 2021.

### *Paramètres d'intérêt*

Les paramètres d'intérêt englobaient les données cliniques (l'âge, le sexe, les antécédents de diabète sucré, d'obésité, du tabac et d'alcool, de tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas, et de pancréatite chronique calcifiante, une symptomatologie faite des épigastralgies, d'amaigrissement, de la diarrhée chronique, la stéatorrhée, des vomissements et du prurit), les données biologiques (marqueurs tumoraux CA 19-9 et ACE), les données ultrasonographiques, les données endoscopiques, les données histopathologiques ainsi que des modalités thérapeutiques.

### *Analyse statistique et considérations éthiques*

Les données collectées ont été enregistrées sur Excel dans le respect de l'anonymat puis transposées sur le logiciel STATA version 15,0 pour leur analyse. L'analyse statistique était essentiellement descriptive. La comparaison des



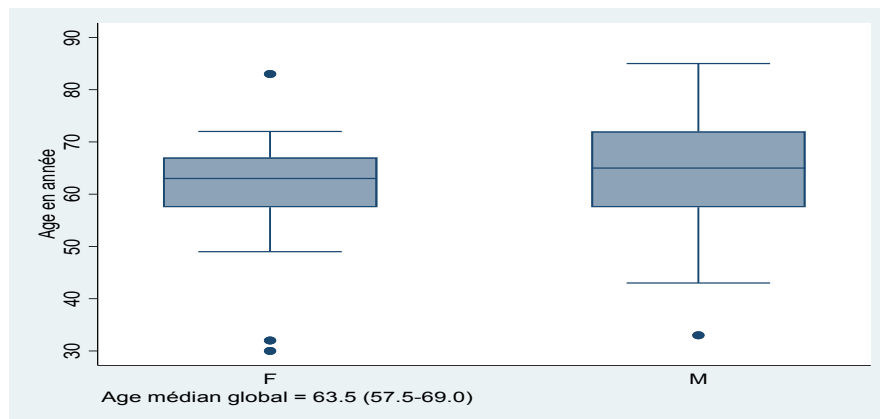
proportions a été réalisée à l'aide du test de Chi-carré et le test de Fischer.

### Résultats

Sur 319 dossiers suivis pour cancers digestifs pendant la période d'étude, 52 portaient le diagnostic de CP soit une fréquence hospitalière de 16 %.

#### Caractéristiques générales des patients

L'âge médian de la population étudiée était de 63 ans. Comparés aux femmes, les hommes étaient légèrement plus âgés (65 ans vs 63 ans) et avec un sex-ratio H/F de 1,16. La médiane d'âge de patients avec CP est illustrée (**figure 1**).



**Figure 1.** La médiane d'âge des sujets avec cancer du pancréas selon le sexe

#### Données cliniques

Le délai entre le début des symptômes et la consultation à l'unité spécialisée en pathologie digestive variait de 1 à 12 mois.

Les caractéristiques cliniques des patients avec CP sont consignées dans le tableau 1 ci-après.

**Tableau 1.** Caractéristiques cliniques de la population étudiée en fonction du sexe

Caractéristiques cliniques	Tous n (%) n=52	Hommes n (%)	Femmes n (%)	P
Antécédents (m=19)	n=33	n=15	n=18	
Diabète sucré	7 (21,2)	5 (33,3)	2 (11,1)	0,12
Obésité (IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> )	17 (51,5)	5 (33,3)	12 (66,7)	0,05
TIPMP	5 (15,2)	1 (6,7)	4 (22,2)	0,22



Tabac	3 (9,1)	2 (13,3)	1 (5,6)	0,45
Alcool	2 (6,1)	2 (13,3)	0	0,11
Pancr. chr. Calc.	1 (3,0)	0	1 (5,6)	0,43
Signes cliniques	<b>n=52</b>	<b>n=28</b>	<b>n=24</b>	
Amaigrissement	41 (78,9)	21 (75,0)	20 (83,3)	0,56
Prurit	3 (5,8)	2 (7,1)	1 (4,2)	0,70
Diarrhée chroniques	1 (1,9)	1 (3,5)	0	0,43
Stéatorrhée	4 (7,7)	1 (3,5)	3 (12,5)	0,36
Vomissements	7 (13,5)	5 (17,9)	2 (8,3)	0,64
Epigastralgie	30 (57,7)	15 (53,6)	15 (62,5)	0,42
Ictère	32 (61,5)	18 (72,0)	14 (58,3)	0,65

m=données manquantes Pancr. chr. Calc. : Pancréatite chronique calcifiante, TIPMP: tumeur intra canalaire papillaire et mucineuse du pancréas

L'obésité était l'antécédent le plus fréquent (51%), suivi du diabète (21%) et l'antécédent de la tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas (15,2 %) sans aucune différence statistique significative entre les deux sexes ( $p > 0,05$ ).

Les patients CP avaient présenté des symptômes manière isolée ou en association. Il s'agissait surtout de l'amaigrissement (78,9 %), l'ictère (61,5 %) et les épigastralgies (57,7 %) sans aucune différence significative statistique ( $p > 0,05$ ).

#### Explorations complémentaires

L'ultrasonographie abdominale, l'échoendoscopie et le scanner abdominal étaient réalisés respectivement dans 75 %, 73 % et 58 % des cas. Le tableau 2 liste les résultats de l'échoendoscopie et la localisation des métastases.

**Tableau 2.** Répartition des patients selon les résultats de l'échoendoscopie et localisation des métastases

Variables	n=52 (%)
<b>Echoendoscopie</b>	
Oui	38 (73,08)
Non	14 (26,92)
<b>Lésions à l'échoendoscopie</b>	
Lésion fibro-kystique	10 (26,32)
Masse hypo- échogène	23 (60,53)
Ampullome	2 (5,26)
Dilatation des voies biliaires i et EH	6 (15,79)



Adénopathies hilaires/cœliaques	7 (18,42)
Ascite	6 (15,79)

#### **Localisations de la tumeur**

Céphalique	30 (78,94)
Céphalo – isthmique	1 (2,63)
Isthmique	3 (7,89)
Isthmo- corporéale	2 (5,26)
Corporéale	9 (23,68)

#### **Métastases**

Oui	34 (65,38)
Non	18 (34,61)

#### **Localisation des Métastases**

Foie	18 (52,94)
Péritoine	7 (20,59)
Os	1 (2,94)
Foie et péritoine	4 (11,76)
Foie et poumons	1 (2,94)
Foie et os	1(2,94)
Péritoine et ganglions	1 (2,94)
Multiple	1 (2,94)

Ils étaient indiqués pour diagnostic, localisation et détermination de l'extension de la lésion. La tumeur pancréatique était identifiée à l'ultrasonographie abdominale et à l'échoendoscopie respectivement, dans 61 % et 87 % des cas. Elle était décrite à l'échoendoscopie comme lésion tissulaire hypoéchogène dans 60 % des cas et fibro- kystique dans 26 % des cas. La localisation lésionnelle était céphalique dans 81 % des cas, associée à la dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques dans 15 % des cas et métastatique dans 65 % des cas.

#### *Les modalités thérapeutiques*

Le traitement médical était réalisé dans 68 % (**tableau 4**) suivi du traitement chirurgical (44,0) sans aucune différence statistique significative ( $p > 0,05$ ).

**Tableau 4.** Modalités thérapeutiques de la population étudiée en fonction du sexe

Modalités thérapeutiques	Tous n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)	P
Traitement (m=27)	<b>(n=25)</b>	<b>(n=11)</b>	<b>(n=14)</b>	
Médical	17 (68,0)	6 (54,5)	11 (78,6)	0,47

**e5709**



Chirurgical	11 (44,0)	6 (54,5)	5 (35,7)	0,35
Médical + chirurgical	7 (28,0)	4 (36,4)	3 (21,4)	0,66
Chirurgical + radiothérapie	1 (4,0)	1 (9,1)	0	
Technique chirurgicale (m=1)	<b>(n=11)</b>	<b>(n=6)</b>	<b>(n=5)</b>	
Dérivation biliaire externe	3 (27,3)	1 (16,7)	2 (40,0)	0,67
Dérivation bilio-digestive	4 (36,4)	4 (36,4)	0	0,15
DPC	4 (36,4)	1 (16,7)	3 (60,0)	0,15
Traitement endoscopique	<b>(n=3)</b>	<b>(n=2)</b>	<b>(n=1)</b>	
Prothèse biliaire	3 (100)	2 (100)	1 (100)	NA

m=données manquantes DPC= duodéno-pancréatectomie céphalique NA non applicable

### Discussion

L'agressivité et l'incidence croissante du CP en font un problème de santé publique. Selon Globocan 2020 (1), 466003 décès ont été enregistrés dans le monde pour 495773 CP identifiés. En RDC, 658 cas de décès étaient déplorés pour 675 CP. Les auteurs décrivent les taux les plus élevés d'incidence de CP dans les populations noires des États-Unis contrairement à l'Afrique et l'Asie, particulièrement en Inde où les taux sont les plus bas (3). Il est cependant, de plus en plus diagnostiqué en RDC.

La présente étude monocentrique a classé le CP, en 4<sup>e</sup> position en termes de fréquence des cancers digestifs. Les facteurs prédisposant au CP devraient être étudiés dans ces différentes populations.

Le risque de développer un ADCP augmente avec l'âge (7). Dans les études françaises, la majorité des personnes porteuses de cancer pancréatique a plus de 50 ans. Dans notre série, l'âge moyen des patients était concordant à la littérature, cependant supérieur à celui trouvé dans quelques études africaines (12-13). Les tumeurs solides du pancréas du sujet âgé de moins de 40 ans sont peu décrites (14). Dans une étude congolaise, les âges extrêmes étaient de 16 et 92 ans (13). Les sex-ratios étaient proches dans ces deux études congolaises.

La susceptibilité génétique expliquerait environ 10 % de tous les cas d'ADCP. Les individus de race noire (Risque Relatif (RR) : 1,2-1,5 %), le

tabagisme (RR : 2-3 %), l'obésité (RR : 2 %), le diabète de type 2 d'évolution prolongée (RR : 2-3 %), la pancréatite chronique non héréditaire (RR : 2-10 %) et le diabète de type 2 associé à la pancréatite chronique (RR : 12 %) sont des principaux facteurs de risque (FDR) de développement d'un ADCP (7). Les aliments transformés, les pesticides et les métaux lourds sont également cités. Mieux connaître ces FDR pourrait permettre d'envisager une politique de prévention voire de dépistage des sujets à risque (7). Dans la présente étude, l'obésité était fréquente conformément à la littérature (8), retrouvée particulièrement chez les femmes diabétiques. Par contre le tabac, l'alcool et la pancréatite chronique calcifiante étaient retrouvés dans une faible proportion.

L'échoendoscopie a amélioré le seuil de détection lésionnelle dans la présente étude et a permis le prélèvement des biopsies, nécessaires pour confirmer le diagnostic. Elle a de ce fait permis d'orienter la décision thérapeutique.

L'ADCP était la lésion histologique prépondérante dans le présent travail, conformément à la littérature (4, 8). Il est l'un des CP les plus graves avec un taux de survie globale à 5 ans d'environ 7 % tous stades confondus, justifiant les efforts pour tenter de poser son diagnostic précocement.

Son seul traitement potentiellement curatif est la résection chirurgicale R0, ce qui concerne moins de 10 % des patients cependant avec un taux de





récidive élevé et un taux de survie à 5 ans de 25 % à 30 % (7). Dans cette série, le retard diagnostic était noté, conformément à la littérature (9), limitant l'accès au traitement curatif.

#### *Faiblesse et forces de l'étude*

La présente étude a des limites dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats. Elles sont inhérentes à la nature documentaire de l'étude avec notion de perte d'informations, à la taille réduite de la population étudiée et au caractère monocentrique.

Sa force est la détection lésionnelle améliorée à l'échoendoscopie avec accès à la biopsie et la confirmation histopathologique lésionnelle. Elle est utile pour des recherches ultérieures.

#### **Conclusion**

La présente étude a noté qu'une personne sur six est porteuse du CP plus particulièrement l'adénocarcinome canalaire. Le diagnostic était tardif si bien que le traitement était palliatif chez la plupart des patients.

#### **Perspectives**

Etablir la validation des données de la présente étude sur de grandes cohortes et réaliser des études sur la population à haut risque.

#### **Conflit d'intérêt**

Aucun

#### **Contribution des auteurs**

Conception, collecte de données, analyse et interprétation des données et rédaction : NTN, AYWT

Collecte de données, interprétation des résultats et rédaction et analyses : EEL, TMT, TMM, JKM, PBP, MKB, AN, LPN

Relecture, rédaction, mise en forme : AKK, DMM, PYK, JMK, CNL, AWT, MNN, FB, RNK

Supervision, lecture des lames, interprétation : BML

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

#### **Références**

1. Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, *CA Cancer J Clin* 2021; **71**: 209–249.

2. Huang J, Lok V, Zhang C, Yuan J, Lao X Q, Kelvin Ng, et al. Worldwide Burden of risk Factors for, and Trends in Pancreatic Cancer, *Gastroenterology* 2021; **160**:744–754.
3. Ferlay J et Partensky C. Le cancer du pancréas est un fardeau préoccupant à l'échelle mondiale In: Médecine des Maladies Métaboliques, Elsevier, Mai 2019 (3); **13**: 288-292.
4. Neuzillet C, Bachet JB, Bauguion L, Colson D, Conroy T, Dahan L, et al. Cancer du pancréas, *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, juin 2018. Disponible sur <http://www.tncd.org> et consulté le 7 juillet 2023.
5. Dahan L, Facteurs de risque de l'adénocarcinome du pancréas : prévention et dépistage, *POST'U FMC - HGE*, 2021: 285 –288.
6. Rahib L, Smith B, Aizenberg R, Rosenzweig A, Fleshman J, Matrisian L. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States, *Cancer Res*, 2014; **74** (11):2913-2921.
7. De Mestier L, Védie A, Salfati D, Rebours V, Hammel P. Cancer du pancréas : causes, formes génétiques et dépistage, *Hépatogastro & Oncologie Digestive*, 2017; **24** : 7-17.
8. Dahan L, Sibertin-Blanc C et Seitz JF. Chimiothérapie de première ligne dans les cancers du pancréas métastatiques : où en sommes-nous ?, *La Lettre du Cancérologue*, 2015; **24** (4):230 – 256.
9. Brieu B et Lièvre A, Quels traitements de deuxième ligne dans les cancers du pancréas avancés ? *La Lettre du Cancérologue*, 2015; **24** (4): 235 – 239.
10. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012, *Int. J. Cancer* 2015; **136**:359–386.
11. Tshimpi A, Ndarabu T, Nsumbu JB, Tambwe F, Batumona B, Monsere T, et al. Soixante-deux cancers digestifs et annexes



- vus en 1 an à la clinique Marie-Yvette à Kinshasa (République démocratique du Congo). *Ann. Afr. Med*, 2016; **9** (3): 2329.
12. Raïmi A, Gbessi D, Houéhanou F, Gnanon R, Modouké M, Koffi R, *et al.* Cancers du pancréas au Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques, *Pan Afr Med J*, 2021; **39** (18):1-12.
13. Molua AA, Matondo EM, Lelo MT, Mukaya JT, Mbongo JTet Mazoba TK. Profil scanographique des tumeurs du pancréas dans 3 services de radiologie à Kinshasa: une série de cas rétrospective. *Ann Afr Med* 2022; **15** (4): e4802-e4809. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i4.6>.
14. Palazzo M, Meszaros M, Ponsot P, Dokmak S, Gaujoux S, Sauvanet A, Lebtahi R *et al.* Tumeurs solides du pancréas avant 40 ans : quel est votre diagnostic ? Disponible from <https://www.snfge.org>, Paris: *JFHOD 2013* P56.

Voici comment citer cet article : Ndarabu TT, Tshimpi AYW, Loleke EE, Tshiswaka TM, Monsere TM, Matimbo JK, *et al.* Aspects clinique, histopathologique et thérapeutique du cancer pancréatique: une série descriptive des cas de la Clinique Marie-Yvette, à Kinshasa. *Ann Afr Med* 2024; **17** (3): e5705-e5712. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.12>