

Aspects de la neuro-oncologie en Afrique Noire

Kokou Mensah Guinhouya^a, Mofou Belo^a, A. A. Koffi Balogou^b, E. Kodjo Grunitzky^{a,b}

^a Service de neurologie du CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

^b Service de neurologie du CHU du Campus, Lomé, Togo

L'étude des processus expansifs intracrâniens (PEIC) en Afrique Noire revêt à la fois, un intérêt épidémiologique, étiologique, sémiologique et thérapeutique. Les rares études faites sur le continent Noir [1] ces trente dernières années traduisent la nécessité, dans ce secteur encore inexploré, d'évaluer en ce qui concerne les PEIC, la prévalence et l'incidence afin de mettre en place des programmes et protocoles de recherche adaptés à nos réalités. Cependant, il est difficile d'avoir une interprétation cohérente des résultats de ces études du fait d'une grande variabilité des indices épidémiologiques.

En Afrique Noire, au Nigeria [1], la prévalence des cancers primitifs du cerveau était de 9,7%. Ces taux de prévalence observés en Afrique contrastent avec les taux rapportés dans les pays industrialisés 15/100 000 personnes [2] et suggèreraient l'existence de certaines particularités propres au continent africain.

D'après Collomb [3], tout PEIC en Afrique Noire doit être considéré comme un tuberculome jusqu'à preuve du contraire. En effet, depuis une cinquantaine d'années, l'étude de la pyramide des âges en Afrique Noire révélait les traits d'une population à fécondité très élevée, à mortalité très importante et à espérance de vie relativement courte (44–54 ans). Les moins de 15 ans représentant 50–60% de la population. Le poids démographique de ce groupe d'âge sur les indices épidémiologiques a été souligné par plusieurs auteurs [1, 3] conférant de fait une vérité immuable à cette assertion de Collomb. Toutefois, selon les prévisions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [4], l'Afrique Noire est en phase de transition épidémiologique et démographique avec, à l'horizon 2020, le recul des pathologies infectieuses et transmissibles et la montée en puissance des pathologies non infectieuses et non transmissibles. Il paraît donc évident de repenser complètement la prise en charge des PEIC en Afrique Noire.

Outre les difficultés pour faire un diagnostic histologique des PEIC en rapport avec un manque important de moyens d'explorations paracliniques sur le continent Noir, les expressions cliniques des PEIC ne permettent pas toujours d'en distinguer les caractères

benins ou malins. Notamment les syndromes épileptiques et d'hypertension intracrânienne (HIC). En effet, le neurocysticercose et la toxoplasmose cérébrale apparaissent dans plusieurs pays d'Afrique, comme une des principales causes d'épilepsie et d'HIC [3]. Toutefois, lorsque le diagnostic d'une lésion gliale de haut grade est posé ainsi que le protocole STUPP retenu, la mise en route de ce traitement se heurte à trois obstacles majeurs. La méconnaissance de l'âge réel du patient. En effet, beaucoup de séniors en Afrique Noire ignorent leur âge réel en raison de l'absence d'état civil dans les contrées reculées d'Afrique, il y a 60 à 80 ans [5]. En plus, l'évaluation de l'indice de Karnofsky est parfois difficile à réaliser en raison de la présence sur le continent Noir d'une multitude de dialectes, et les variations à l'intérieur d'un même dialecte rendent aléatoire la traduction homogène du questionnaire permettant l'évaluation de cet indice, indispensable pour le protocole STUPP [2]. Enfin, la prise en charge des tumeurs malignes cérébrales est multidisciplinaire. Il en résulte un coût très élevé. Dans le protocole STUPP [2], le Tomozolomide coûte 2206 euros soit 76% du coût du protocole. On comprend alors, qu'avec le désengagement partiel, des états africains des systèmes de santé de leurs pays et le recours à des politiques basées sur le recouvrement des coûts [5], les frais hospitaliers étant à la charge des patients, la prise en charge neuro-oncologique des tumeurs malignes cérébrales au Togo, où 57,4% de la population vivent dans l'extrême pauvreté [5], est illusoire.

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Références

- 1 Obioha FI, Kaine WN, Ikerionwu SE, Obi GO, Ulasi TO. The pattern of childhood malignancy in eastern Nigeria. *Ann Trop Paediatr*. 1989 Dec;9(4):261–5.
- 2 Wasserfallen JB, Ostermann S, Leyvraz S, Stupp R. Cost of temozolomide therapy and global care for recurrent malignant gliomas followed until death. *Neuro Oncol*. 2005 Apr;7(2):189–95.
- 3 Collomb H, Dumas M, Girard PL, Meroth Y. Brain tuberculomas in Sénégal. *Afr J Med Sci*. 1973 Oct;4(4):359–67.
- 4 OMS. Rapport sur l'état de santé dans le monde 2002: réduire les risques et promouvoir une vie saine. OMS 2002, Genève, 261 pages.
- 5 Adjoh KM. Actualisation de l'approximation quantitative de la pauvreté au Togo. Ministère du Planification, 2010.

Correspondence:
Kokou Mensah Guinhouya,
MD
Clinique Neurologique,
CHU Sylvanus Olympio
TG-57 Lomé
herve_guinhouya[at]
yahoo.fr