

## ILLUSTRATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS PEDIATRIQUES A MADAGASCAR PAR TROIS CAS CLINIQUES

Rahariniainasoa A<sup>1</sup>, Refeno V<sup>2</sup>, Rafalimanana ZHL<sup>1</sup>, Andrianarimanana D<sup>1</sup>, Rafaramino F<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Service de Pédiatrie du CHU Professeur ZAFISON Gabriel, Mahajanga

<sup>2</sup> Service d'Oncologie du CHU Professeur ZAFISON Gabriel, Mahajanga

<sup>3</sup> Faculté de Médecine de Mahajanga

\* Auteur correspondant :

Rahariniainasoa Annie

E-mail : [rahariniainasoa.annie@gmail.com](mailto:rahariniainasoa.annie@gmail.com)

### RESUME

**Introduction :** Les cancers de l'enfant sont rares. Leur pronostic est différent dans les pays nantis et dans les pays à faibles ressources dans lesquels leur prise en charge se heurte à des obstacles supplémentaires. Nous rapportons trois cas d'enfants vus au Centre Hospitalier Universitaire d'Androva, Mahajanga à des stades avancés, afin d'illustrer la difficulté de prise en charge des cancers pédiatriques à Madagascar.

**Observations :** Le premier cas était celui d'un garçon de 4 ans qui présentait une augmentation du volume abdominal depuis 3 mois. Le scanner a révélé un néphroblastome métastatique et l'enfant a été transféré à la capitale pour intégrer à l'étude du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique. Le deuxième cas était celui d'une fille de 8 ans qui avait une augmentation du volume abdominal depuis 8 mois. Le scanner a montré une tumeur géante à priori mésentérique. La patiente a bénéficié d'une laparotomie avec exérèse complète d'une tumeur germinale ovarienne. Elle n'a pas bénéficié de traitements complémentaires faute de moyens financiers. Le troisième cas était celui d'un garçon de 7 ans qui avait une tuméfaction de l'hémiface gauche avec envahissement des cavités nasales et buccale évoluant depuis 4 mois. La biopsie a révélé un lymphome malin non hodgkinien et l'enfant a bénéficié de traitements spécifiques.

**Conclusions :** La prise en charge des cancers de l'enfant pourrait être améliorée par la création d'un registre national du cancer, l'éducation des parents, la facilitation de l'accès aux soins des zones enclavées et son intégration dans la politique nationale.

**Mots clés :** Madagascar-Oncologie Médicale - Santé des enfants

## INTRODUCTION

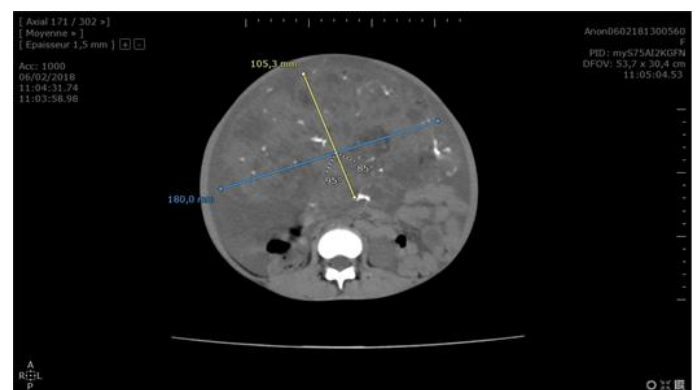
Les cancers de l'enfant sont rares, représentant 1% des cancers [1]. Ils sont inégalement répartis dans le monde car près de 84% d'entre eux surviennent dans les pays en développement [2]. La proportion de mortalité infantile par cancer dans les pays en développement augmente de façon inversement proportionnelle à la diminution de la mortalité infantile liée aux maladies transmissibles [3]. Le pronostic des cancers est différent dans les pays nantis et dans les pays à faibles ressources dans lesquels la prise en charge se heurte à des obstacles socio-économiques et culturels [4–6]. A notre connaissance, aucune étude n'a été faite sur les facteurs qui retardent la prise en charge des cancers de l'enfant à Madagascar. Ainsi, nous rapportons trois enfants vus au Centre Hospitalier Universitaire Professeur ZAFISAONA Gabriel, Androva, Mahajanga à des stades avancés, afin d'illustrer la difficulté de prise en charge du cancer de l'enfant à Madagascar et de discuter ces facteurs du retard de prise en charge.

## OBSERVATIONS

**Cas 01 :** Un garçon de 4 ans, fils de cultivateurs, habitant dans une commune rurale à 350 km de notre centre, était amené en consultation par sa tante pour augmentation du volume abdominal. Le début de la maladie était d'installation progressive sans véritable prodrome car sa tante avait constaté l'augmentation du volume de l'abdomen qui aurait évolué depuis 3 à 6 mois, indolore et sans répercussion sur l'état général de l'enfant. L'enfant n'avait aucun antécédent particulier et était correctement vacciné. A l'examen, il présentait une distension ferme et indolore de tout l'abdomen sans masse évidente. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien

(TAP) avait mis en évidence une volumineuse masse rénale droite avec des calcifications et des nodules en lâcher de ballon faisant suspecter un néphroblastome métastatique. Suite à une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'onco-pédiatrie, l'enfant a été transféré à la capitale pour bénéficier gratuitement du traitement spécifique grâce au protocole d'étude du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique (GFAOP).

**Cas 02 :** Une fille de 8 ans, issue de parents cultivateurs, habitant dans une commune rurale à 280 km de notre centre, est amenée par ses parents pour augmentation progressive du volume abdominal depuis à peu près 8 mois, indolore et sans retentissement sur l'état général. La distension importante de l'abdomen a été le principal motif de consultation. Elle n'avait aucun antécédent particulier et était correctement vaccinée. Les autres membres de sa fratrie de 4 étaient en bonne santé apparente et sont tous venus avec ses parents car l'insécurité de leur commune ne leur permet pas de diviser la famille. A l'examen, elle avait un abdomen distendu, non douloureux, sans masse évidente. Le scanner TAP avait mis en évidence une volumineuse masse occupant tout l'abdomen, bien encapsulée, avec calcifications internes, à priori en relation avec le mésentère (figure 1).



**Figure 1 :** Cliché de scanner d'une volumineuse tumeur abdominale à priori d'origine mésentérique

La patiente a bénéficié d'une laparotomie avec exérèse complète d'une tumeur ovarienne droite dont l'examen anatomopathologique était en faveur d'une tumeur germinale. Suite à des problèmes financiers, l'enfant n'a pas bénéficié de traitements médicaux complémentaires.

**Cas 03 :** Un garçon de 7 ans, fils de cultivateur, habitant dans une commune rurale à 350 km de notre centre, est amené par son père lorsque celui-ci a constaté la présence d'une volumineuse tuméfaction de l'hémiface gauche qui a rapidement augmenté de volume depuis 4 mois. Son père pensait au départ à un mauvais sort jeté par une tierce personne. Il a été d'abord amené dans une église et le prêtre l'a conseillé de venir à l'hôpital. L'évolution a été marquée par un comblement progressif des narines et l'apparition d'un bourgeonnement du palais envahissant progressivement la cavité buccale à l'origine d'une désorganisation complète de la dentition dans un contexte d'altération de l'état général (Figure 2).



**Figure 2 :** Photographie d'une volumineuse tumeur de l'hémiface gauche avec extension endonasale et endobuccale

A l'examen, il présentait une lésion de l'hémiface sus-décrite, les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen était sans particularité.

Une biopsie de la masse endobuccale a révélé un lymphome malin non hodgkinien. Les coûts du

traitement médical ont été pris en charge par la communauté religieuse.

## DISCUSSION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il y aurait eu 17.960 nouveaux cas de cancer à Madagascar en 2012, mais le nombre et la distribution réelle des cancers en particuliers pédiatriques n'est pas connue [7]. Dans les pays développés et dans certains pays en développement, l'épidémiologie réelle des cancers de l'enfant est fournie par le registre des cancers [8]. Néanmoins, selon l'OMS, seulement 21% de la population mondiale et seulement 11% de la population africaine étaient couvertes par les registres du cancer en 2006. A ce jour, à Madagascar, il n'y a pas de registre de cancer effectif [9]. Ainsi, la création d'un registre du cancer permettrait de connaître le poids réel du cancer chez l'enfant à Madagascar [5,9].

Le délai entre les premiers signes et le diagnostic étaient respectivement entre 3 et 6 mois, 8 mois et de 4 mois pour nos 3 enfants. Ce délai serait dû en grande partie à la méconnaissance des signes d'appel des cancers par les parents. Cette situation se rencontre fréquemment dans les pays en développement et peut être améliorée par les campagnes de sensibilisation sur le cancer [10,11]. Au Honduras en 2006, la mise en place d'un programme d'éducation du grand public a permis de diminuer la proportion de rétinoblastome vus aux stades extra-oculaires de 73 à 35% [10]. Les croyances traditionnelles et religieuses jouent également leur rôle dans le retard du diagnostic des cancers. Pour certaines communautés africaines, la survenue d'un cancer chez l'enfant serait le fruit d'une malédiction des ancêtres ou d'une sorcellerie. Les parents amènent alors souvent les enfants auprès des guérisseurs traditionnels ou des églises pour se faire soigner comme tel était le

cas de notre troisième enfant. Selon certains auteurs africains, la communauté influence la perception du cancer car elle peut diffuser des informations incorrectes sur les signes et la curabilité des cancers et/ou être à l'origine de la stigmatisation des enfants atteints de cancer [4]. Ainsi, des efforts restent à faire pour l'éducation des parents sur le cancer et sur les signes devant faire consulter un centre de santé.

Pour nos deux premiers cas, les enfants ont été amenés à l'hôpital pour suspicion de maladie grave. D'autres facteurs interviennent dans la prise en charge tardive de l'enfant atteint de cancer. L'un des obstacles est la distance à parcourir vers le centre de santé [5]. En effet, nos trois patients habitaient dans des communautés rurales respectivement situées à 350, 280 et 350 km. Afin d'améliorer la prise en charge, certains centres d'oncologie pédiatriques déploient des unités cliniques satellites [10,12]. Les charges sociales constituent également un obstacle au déplacement vers les centres éloignés [5]. En effet, pendant l'absence des membres de la famille qui acheminent l'enfant au centre, les autres membres de la famille doivent assurer les tâches des membres de la famille manquant comme dans le cas de notre troisième enfant où sa mère est restée avec les autres enfants [4]. Parfois, comme dans le cas de notre deuxième enfant, toute la famille doit se mobiliser pour pouvoir prendre en charge l'enfant occasionnant un surcoût au déplacement et au séjour. La création de postes avancés de diagnostic et de sensibilisation le plus proche possible des communes rurales enclavées pourrait améliorer le diagnostic et la prise en charge de nos patients en l'attente de l'amélioration de l'accès à celles-ci.

Enfin, la pauvreté économique constitue un obstacle important au diagnostic et à la prise en charge des enfants dans les pays en développement. A Madagascar, le coût financier de la plupart des

traitements est à la charge des patients ou de leur famille. Cette charge est d'autant plus lourde car les médicaments spécifiques du cancer sont onéreux du fait que la plupart doit-être importée et certains ne sont pas disponibles sur le marché local [13]. L'accès au traitement spécifique varie selon le cas. Notre premier enfant a bénéficié gratuitement du traitement spécifique car le néphroblastome rentre dans le cadre des travaux de recherche du GFAOP et a été transféré dans l'unité pilote dans la capitale [14,15]. Notre troisième enfant a également bénéficié du traitement spécifique car malgré les faibles ressources financières de la famille, les aides des tiers-payants ont couvert les coûts de la chimiothérapie du lymphome. Enfin, notre deuxième enfant n'a pas bénéficié de traitement complémentaire après la chirurgie diagnostique de la tumeur germinale du fait de ses ressources financières épuisées. Ainsi, l'accès au traitement dépend des ressources financières de la famille, de l'existence de tiers-aidant ou de l'existence de programme d'aide ou de recherche. La création d'une politique nationale de lutte contre les cancers de l'enfant en créant des standards de prise en charge et des protocoles adaptés aux ressources disponibles pourrait alléger le poids de ce fléau.

## CONCLUSION

La méconnaissance du poids réel des cancers de l'enfant et les obstacles socio-économiques et financiers constituent le fossé qui sépare les pays en développement dont Madagascar des pays nantis. La création d'un registre national du cancer, l'éducation des parents, la facilitation de l'accès au soin des zones enclavées et l'intégration de la prise en charge des cancers de l'enfant dans la politique nationale pourraient réduire ce fossé.

## REMERCIEMENTS

---

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail

## REFERENCES

---

1. Andrianandrasana N, Rahantamalala M. Particularités des cancers de l'enfant à ne pas oublier. *Pan Afr Med J.* 2016; 25:146.
2. Magrath I, Steliarova-Foucher S, Epelman S. Pediatric cancer in low-income and middle-income countries. *Lancet oncol.* 2013;14(3): e104-16.
3. Liu L, Oza S, Hogan D. Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an up-dated systematic analysis. *Lancet.* 2015 ;385(9966) :430-40.
4. Naidoo D, Gurayah T, Kharva N, Stott T, Trend S, Mamane T et al. Having a child with cancer: African mother's perspective. *South Afr J Occup Ther.* 2016;46(3):49-54.
5. Rebecca Q. Mind the gap: improving pediatric cancer care in developing countries. *UOJM.* 2016;6(2):40-2.
6. Ellison L, Pogany L, Mery L. Childhood and adolescent cancer survival: a period analysis of data from canadian cancer registry. *Eur J Cancer.* 2007;43(13):1967-75.
7. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2012;136(5):359-86.
8. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries L, Moreno F, Dolya A, Bray F et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet oncol.* 2017 ;18 :719-31.
9. Hasiniatsy N, Ramahandrisoa A, Refeno V, Rakoto F, Florine F. Epidémiologie des cancers pris en charge en Oncologie Médicale à l'Hôpital Militaire d'Antananarivo, Madagascar. *Bull Cancer (Paris).* 2017; 104:902-6.
10. Leander C, Fu L, Pena A. Impact of education program on late diagnosis of retinoblastoma in Honduras. *Pediatr Blood cancer.* 2006;49(6):817-9.
11. De Angelis C, Pacheco C, Lucchini G. The experience in Nicaragua: childhood leukemia in low income countries - the main cause of late diagnosis may be « medical delay ». *Int J Pediatr.* 2012; 2012:129707.
12. Metzger M, Howard S, Fu L. Outcome of childhood acute lymphoblastic leukemia in resource-poor countries. *Lancet.* 2008; 362:760-8.
13. Jack A. Glaxo-Smith-Kline tops the list of companies making drugs accessible to poor countries. *British Med J.* 2008; 336:1396.
14. Lemerle J, Barsaoui S, Harif M, Hireche K, Ladjadj Y, Moreira C et al. Le traitement des cancers de l'enfant en Afrique: Travaux du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique. 2007 ;67 :497-504.
15. Yao A, Coze C, Traoré F, André N, Moreira C, Pondy S et al. Prise en charge de la douleur de l'enfant atteint de cancer en Andrique : Etat des lieux au sein du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique. *Arch Pediatr.* 2013 ;20 :257-64.