

ORIGINAL ARTICLE

DETERMINANTS AND HEALTH CONSEQUENCES OF LATE CONSULTATIONS OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER AT UNIVERSITY CLINICS IN KINSHASA

Sanduku Kisile D¹, Longo-Mbenza B^{1,2,3,5}, Voumbo Mavoungou D⁴, Veyi Tadulu D¹, Massamba Lebwaze B¹, Tshimpi A¹, Kabututu Zakayi P¹

¹Université de Kinshasa, Faculté de Médecine-RD Congo, ²Walter Sisulu University, MTHATHA, South Africa, ³Université Président Joseph KASA-VUBU, RD Congo, ⁴Université Marien NGOUABI, Brazzaville, République du Congo, ⁵Centre Lomo Medical, Kinshasa-Limete, RD Congo

Corresponding Author: Longo-Mbenza, E-mail: longombenza@gmail.com

Submitted: 12 April 2019; **Accepted:** 15 November 2019

ABSTRACT

Background: Late consultations (LC) darken the prognosis of colorectal cancer (CRC). **Objective:** Identify the determinants and consequences of LC for patients with CRC. **Methods:** A cross-sectional study with an evaluation and follow-up approach of patients with CCR was conducted between 2015 and 2018 at the Kinshasa University Clinics (CUK). **Results:** Out of 346 patients included, including 206 (59.5%) men, mean age 52.4±15.6 years, the CT rate was 52% (n=180). There was a significant association between the male sex, the civil servant and unemployed professions, the married status, the low level of education, the residence (districts of Tshangu (DT) and Lukunga) of the patients and the LC of the CCR.. After adjustment, only married status and DT residence were retained in the Cox / model 1 regression equation, as significant predictors of specific mortality (SM): married couples giving a risk multiplied by 2 than single people; the residence in the DT conferring a risk multiplied by 2 than the districts of Funa and Mont Amba. In model 2, only marital status and TNM stages were maintained as significant predictors of SM: married couples conferring a risk multiplied by 2 than single people, DT residence conferring a risk multiplied by 4 than other residences. **Conclusion:** LC darkens the prognosis of the CCR. Efforts must be made for the prevention of CRC, its treatment, and the fight against poverty.

Key words: Colorectal cancer, late consultation, consequences, CUK/DRC

Access this article online

Website: <http://www.satagroup.org>

DOI: 10.18644/jiresh-biotech.0000081

E-ISSN: 2413-7669 (Online)

ORIGINAL ARTICLE

DETERMINANTS ET CONSEQUENCES SANITAIRES DES CONSULTATIONS TARDIVES DES PATIENTS AVEC CANCER COLORECTAL AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA

Sanduku Kisile D¹, Longo-Mbenza B^{1,2,3,5}, Voumbo Mavoungou D⁴, Veyi Tadulu D¹, Massamba Lebwaize B¹, Tshimpi A¹, Kabututu Zakayi P¹

¹Université de Kinshasa, Faculté de Médecine-RD Congo, ²Walter Sisulu University, MTHATHA, South Africa, ³Université Président Joseph KASA-VUBU, RD Congo, ⁴Université Marien NGOUABI, Brazzaville, République du Congo, ⁵Centre Lomo Medical, Kinshasa-Limete, RD Congo

Corresponding Author: Longo-Mbenza, E-mail: longombenza@gmail.com

Submitted: 12 April 2019; **Accepted:** 15 November 2019

RESUME

Contexte: Les consultations tardives (CT) assombrissent le pronostic du cancer colorectal (CCR). **Objectif:** Identifier les déterminants et les conséquences des CT des patients avec CCR. **Méthodes:** Une étude transversale avec une approche évaluative et de suivi des patients avec CCR a été conduite entre 2015 et 2018 aux Cliniques universitaires de Kinshasa (CUK). **Résultats:** Sur 346 patients inclus dont 206(59,5%) hommes, âge moyen 52,4±15,6 ans, le taux de CT était de 52%(n=180). Il existait une association significative entre le sexe masculin, les professions fonctionnaire de l'état et chômeur, le statut marié, le niveau d'instruction bas, la résidence (districts de Tshangu (DT) et Lukunga) des patients et la CT du CCR. Après ajustement, seuls le statut marié et la résidence DT étaient maintenus dans l'équation de la régression de Cox/modèle 1, comme prédicteurs significatifs de la mortalité spécifique (MS): les mariés conférant un risque multiplié par 2 que les célibataires ; la résidence dans le DT conférant un risque multiplié par 2 que les districts de Funa et Mont Amba. Dans le modèle 2, seuls l'état matrimonial et les stades TNM étaient maintenus comme prédicteurs significatifs de la MS: les mariés conférant un risque multiplié par 2 que les célibataires, la résidence DT conférant un risque multiplié par 4 que les autres résidences. **Conclusion:** Les CT assombrissent le pronostic du CCR. Des efforts doivent être fournis pour la prévention du CCR, son traitement, et la lutte contre la pauvreté.

Mots clés: Cancer colorectal, consultation tardive, conséquences, CUK/RDC

INTRODUCTION

Le diagnostic précoce et le traitement correct du cancer colorectal (CCR) sont les moyens les plus efficaces pour en réduire la mortalité (1). Les avancées dans les domaines de la chirurgie et des traitements adjuvants anticancéreux n'ont pas amélioré de façon substantielle la survie des patients avec CCR localement avancé ou d'emblée

métastasé (2,3). Ce fait paradoxal justifie des recherches orientées vers la prévention (4,5), le dépistage (6), le diagnostic précoce du CCR (médecine personnalisée), et des appuis dans la recherche des traitements adjuvants innovants plus efficaces (7-9).

En Afrique subsaharienne, avec l'augmentation de l'espérance de vie des populations, l'adoption du style de vie de type occidental et l'avènement de l'endoscopie digestive, des séries hospitalières rapportent un accroissement d'allure épidémique du CCR, souvent diagnostiqué au stade métastatique (10-13). Mais en l'absence de dépistage des masses, l'ampleur réelle du CCR en Afrique subsaharienne reste sous-estimée. Les pesanteurs socio-culturelles et les

Access this article online

Website: <http://www.satagroup.org>

DOI: 10.18644/jiresh-biotech.0000081

E-ISSN: 2413-7669 (Online)

ressources limitées dans le secteur de santé ne permettent pas de planifier une politique de dépistage du CCR.

A notre connaissance, il n'existe pas en République Démocratique du Congo (RDC), d'études publiées traitant spécifiquement des conséquences sanitaires du retard de consultation chez les patients atteints de CCR. Ce vide de publication a motivé la réalisation de cette étude qui s'était assignée comme objectif d'identifier les déterminants à l'admission et les conséquences sanitaires intra hospitalières des consultations tardives des patients avec CCR aux cliniques universitaires de Kinshasa (CUK), RDC.

METHODES

Une étude transversale a été conduite entre 2015 et 2018 au service de chirurgie viscérale et digestive (SCDV) des CUK.

- Etaient inclus, les patients kinoïses de tout âge et de tout genre avec CCR confirmé par l'examen anatomopathologique et ayant consenti à participer à l'étude.
- Etaient exclus:
- les patients avec diagnostic de CCR sans preuve histologique;
 - les patients avec CCR confirmé par l'histologie mais ayant refusé de participer à l'étude;
 - les patients avec CCR confirmé par l'histologie mais chez qui les données anamnestiques d'intérêt n'étaient pas obtenues.

Une fiche de collecte des données préétablie, codée et validée a été utilisée pour la collecte des données de cette étude.

Les paramètres d'intérêt recherchés étaient :

- *épidémiologiques* : l'âge, le genre, le district de résidence regroupant les communes de la VPK (Funa : centre, cité précoloniale à population vivant dans l'informel ; Mont Amba : cité planifiée entourée des bidonvilles entre le Centre et le Nord-Est ; Lukunga : excentrique Sud-Ouest, surpeuplé et dans la précarité ; et Tshangu : excentrique nord-Est, surpeuplé et dans la précarité) (Figure 1), l'état matrimonial, la profession et la religion ;
- *cliniques* : le délai entre les signes d'appel du CCR et la première consultation (1=tardif ≥ 5 ans, 2=précoce < 5 ans), l'hémorragie digestive basse (oui-non), les douleurs abdominales (oui-non), le ballonnement abdominal (oui, non), la constipation (constipation alternée/stéatorrhées-distension colique, constipation alternée/diarrhée et rares constipations), les signes d'extension métastatiques hépatiques (oui-non), pulmonaires (oui-non), épiploïques (oui-non), l'intervention chirurgicale digestive (oui-non), le siège du CCR (rectum, côlon gauche, côlon droit) et l'évolution (décès, survivants).

Définitions opérationnelles

Médecines parallèles: selon le centre national des médecines complémentaires et alternatives (CNMCA), les médecines parallèles regroupent cinq catégories : les systèmes médicaux alternatifs (systèmes de théories et de pratiques complets type homéopathie); les techniques d'intervention sur le corps et l'esprit (cela regroupe les thérapies comportementales et cognitives telles que la méditation, la prière...); les thérapies basées sur le biologique (substances trouvées dans la nature: herbes, aliments, vitamines, mais aussi les suppléments

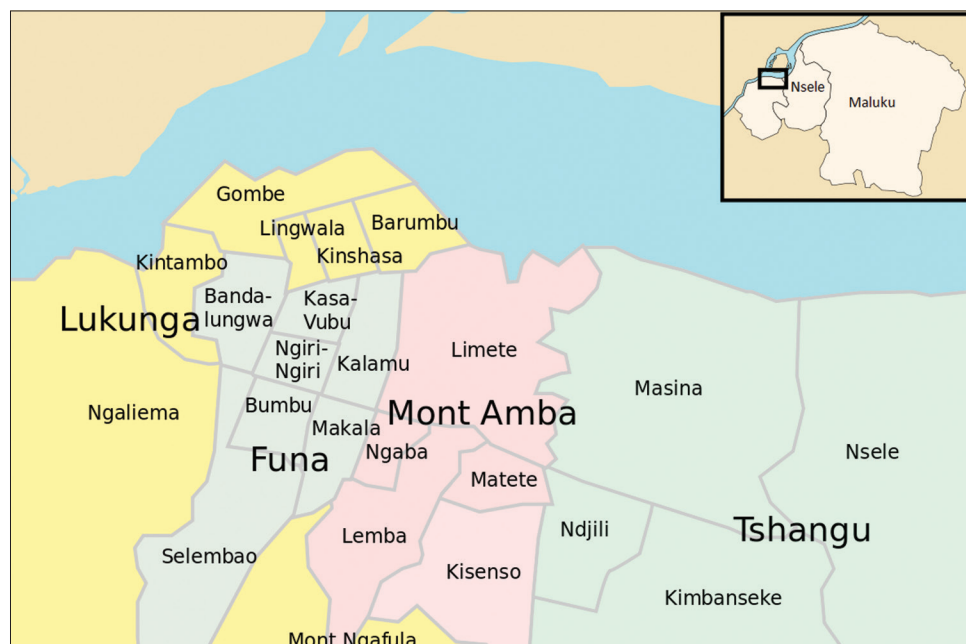


Figure 1: La carte des 4 districts et des 24 communes de la VPK

diététiques ou compléments alimentaires); les méthodes basées sur le corps et les manipulations (chiropraxie, ostéopathie, etc.), et enfin les thérapies énergétiques (14).

Districts de la VPK : la VPK est subdivisée sur le plan administratif en quatre districts (Funa, Mont Amba, Lukunga et Tshangu) et chaque district est composé des Communes :

- district de Funa : Bandalungwa, Bumbu, Kalamu, Kasa-Vubu, Makala, Ngiri-ngiri, Selembao;
- district de Mont amba : Kisenso, Lemba, Limete, Matete, Ngaba ;
- district de Lukunga : Barumbu, Gombe, Kinshasa, Kintambo, Lingwala, Mont-Ngafula, Ngaliema ;
- district de Tshangu : Kimbanseke, Maluku, Masina, Ndjili, Nsele.

Analyses statistiques

Les données (consultations tardives à la fois variable dépendante et variable indépendante ; les conséquences sanitaires, variables dépendantes associée à la consultation tardive et à d'autres variables indépendantes/déterminants d'intérêt) ont été validées (contrôle de qualité, test d'exhaustivité et de cohérence, harmonisation, fiabilité et reproductibilité) et évaluées par des analyses univariées (fréquence (n), proportions(%), le rapport de cote/odds ratio (OR) avec son Intervalle de confiance (IC 95%), moyenne±Ecart-type, Chi-carré pour comparer les proportions, test t de Student pour comparer les moyennes entre deux groupes et l'analyse des variances (ANOVA) pour comparer les moyennes entre ≥ 3 groupes).

L'analyse multivariée de type régression logistique binaire (Consultations tardives avec des réponses dichotomiques : oui ou non) a été utilisée pour identifier les variables indépendantes significatives (déterminants retenus dans l'équation) après ajustement pour les variables de confusion exclues de l'équation selon la stratégie pas à pas antégrade/ascendante Wald ; l'association multivariée entre les déterminants indépendants et la consultation tardive, variable dépendante, étant mesurée par OR ajusté avec IC à 95%. L'équation de la régression logistique était formulée de la manière suivante (15):

$$P(Y) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 X_1)}}$$

où : $P(Y)$ est la probabilité que Y arrive
e est la base des logarithmes naturels

Les coefficients b_0 et b_1 représentent la combinaison linéaire du prédicteur et de la constante.

La régression à plusieurs prédicteurs est donc formulée ainsi:

$$P(Y) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_n X_n)}}$$

Il faut toutefois se rappeler que même si la formule se ressemble, on ne peut pas appliquer une régression multiple quand la variable dépendante est dichotomique, parce qu'on ne respecte pas la prémisse de relation linéaire. La transformation logarithmique permet à l'équation de prendre une forme linéaire.

Le résultat obtenu à une régression logistique se situera toujours entre 0 et 1.

Si la valeur est près de 0, la probabilité est faible que l'événement arrive, alors que si la valeur est près de 1, la probabilité est élevée (16).

Pour la mortalité spécifique intra hospitalière, la régression de Cox a calculé le risque proportionnel multivarié (Hazard ratio/HR avec IC 95%); le temps de suivi sans décès (fonction de survie) était la variable dépendante prédite par la variable consultation tardive et par d'autres variables indépendantes après ajustement pour des variables indépendantes de confusion selon la stratégie ascendante pas à pas. La régression de Cox a aussi produit des courbes de Kaplan-Meier pour les prédicteurs indépendants significatifs parmi les variables indépendantes significatives pour calculer les probabilités (p) conditionnelles avec l'équation suivante:

$$S(t_r) = \prod_{r=1}^n \frac{(n-r)^{\delta_r}}{(n-r+1)^{\delta_r}}$$

Avec $S(t_0) = 1$ et $t_0 = 0$.

Où p=probabilités/proportion de l'incidence des cancers colorectaux et de la mortalité

L'inférence statistique interprétative a été assurée selon les quatre étapes suivantes:

Hypothèse énoncée nulle H_0 contre l'hypothèse alternative H_1 , les vraisemblances de l'observation sous l'hypothèse nulle pour la valeur de la probabilité $p < 0,05$ (degré de significativité statistique), un seuil de décision risque de rejeter l'hypothèse nulle alors que celle-ci était vraie, et définir définitivement la valeur de la probabilité.

Toutes les analyses statistiques ont été obtenues grâce aux logiciels IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sur Windows version 25 (New York, USA).

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'école de santé publique de l'université de Kinshasa sous le numéro ESP/CE/041/2019 et réalisée selon les principes de la déclaration d'Helsinki III.

RESULTATS

Au total 346 patients avec CCR ont été évalués avec 52%(n=180) des consultations tardives contre 48%(n=166) des consultations précoces. Dans cette population, le sexe masculin (59,5% n=206) était prédominant que le sexe féminin (40,5% n=140) avec un sex-ratio de 2Hommes:1Femme. L'âge moyen des patients était de 52,4±15,6 ans avec des extrêmes de 16-89 ans, la médiane était de 55 ans et l'interquartile de 41-64 ans.

Facteurs associés à la consultation tardive du CCR en analyses univariées sans considération de l'âge

Il n'existait aucune association significative ($p>0,05$) entre la consommation de l'alcool (oui=56,5% n=74/131 vs. non=49,3% n=106/215 ; $p=0,194$), la consommation du tabac (oui=51,9% n=80/154 vs. non=52,1% n=100/192 ; $p=0,980$), l'ethnicité (Kongo=52,8% n=112/212, Luba=56,4% n=22/39, Swahili=48,2% n=41/85 et Lingala=50% n=5/10 ; $p=0,835$), la religion/églises (Témoin de Jéhovah=57,9% n=11/19, de réveil=46,2% n=42/91, Catholique=53,4% n=86/161, Protestante=57,9% n=33/57 et Kimbanguiste=44,4% n=8/18 ; $p=0,584$), et la consultation tardive des patients avec CCR. Par contre, le Tableau 1 présente une association significative entre le sexe masculin, les professions sans revenu régulier (fonctionnaire de l'état et chômeur), les mariés, le niveau d'instruction bas, les districts surpeuplés, excentriques et

pauvres (Tshangu et Lukunga) et la consultation tardive des patients avec CCR.

Après ajustement pour la variable de confusion (profession) dans la régression logistique binaire, le sexe masculin, le district de résidence Tshangu, le statut marital marié et le niveau d'instruction bas étaient respectivement identifiés comme déterminants importants, indépendants et significatifs de la consultation tardive du CCR dans cette population d'étude (Tableau 2).

Les patients avec consultation tardive du CCR étaient de loin et significativement ($p<0,0001$) plus âgés (moyenne=64,6±8,3 ans) que ceux avec consultation précoce du CCR (moyenne=39,1±9,8 ans) : 88,6%(n=178/201) avec consultation tardive du CCR chez les patients d'âge ≥ 50 ans contre 1,4%(n=2/145) avec consultation tardive du CCR chez les patients d'âge < 50 ans.

Impact de la consultation tardive sur l'ampleur des conséquences sanitaires intra hospitalières

La consultation tardive exerçait un impact indifférent sinon neutre ($p\geq 0,05$) sur la majorité des paramètres d'intérêt (les hémorragies digestives basses, l'anémie, la constipation, la douleur abdominale, le ballonnement abdominal, les métastases hépatiques, pleuro-pulmonnaires, épiploïques et les sites anatomiques du CCR (résultat non présenté). Par contre, il existait une relation significative ($p=0,004$) en

Tableau 1: Facteurs associés à la consultation tardive du CCR (CTCCR)

Facteurs associés d'intérêt	CTCCR %(n)	RR(IC 95%) Référence	Valeur p
Sexe			<0,0001
Homme	59,7(123/206)	2,2(1,4-3,3)	
Femme	40,7(57/140)	1	
Profession			0,006
Fonctionnaire de l'Etat	58,3(67/115)		
Chômeur	56,9(74/130)		
Libérale	38,6(39/101)		
Etat matrimonial			<0,0001
Marié	64,4(159/247)	6,7(3,9-11,6)	
Célibataire	21,2(21/99)	1	
Niveau d'instruction			<0,0001
Bas	62,2(143/230)	3,5(2,2-5,6)	
Elevé	31,9(37/116)	1	
Districts			0,005
Funa	49,3(37/75)		
Mont Amba	42,9(48/112)		
Lukunga	51,2(42/82)		
Tshangu	68,8(53/77)		

Tableau 2: Déterminants épidémiologiques indépendants de la consultation tardive du CCR

Déterminants indépendants	Coefficient β	Erreur Standard	Wald chi-square	ORa (IC 95%)	Valeur p
Sexe					
Homme	1,118	0,269	17,276	3,1(1,8-5,2)	<0,0001
Femme				1	
Districts					
Tshangu	1,091	0,368	8,788	3(1,5-6)	0,003
Lukunga	0,171	0,338	0,255	1,2(0,6 -2,3)	0,614
Funa	0,06	0,341	0,000	0,9(0,5-1,9)	0,986
Mont Amba				1	
Niveau d'instruction					
Bas	1,210	0,271	19,941	3,4(2-5,7)	<0,0001
Elevé				1	
Etat matrimonial					
Marié	1,943	0,303	41,116	7(3,9-12,6)	<0,0001
Célibataire				1	
Constante	-3,087	0,434	50,493		<0,0001

lettre U entre l'augmentation des stades TNM et les taux des consultations tardives : le taux le plus élevé, le taux intermédiaire et le taux le plus bas de consultation tardive étant respectivement retrouvés dans les stades TNM précoce, terminal et intermédiaire (Figure 2).

En analyse univariée, il existait une surmortalité spécifique en cas de consultation tardive du CCR (57,3% n=75/131 ; p=0,07) qu'en cas de consultation précoce (48,8% n=105/215 ; la différence étant proche du seuil significatif p=0,07), alors qu'il n'existait pas de surmortalité entre les hommes et les femmes (p>0,05), entre les différents groupes d'âge, entre le niveau d'instruction (résultat non présenté). Par contre, il existait une association univariée significative entre le stade terminal TNM, le district de Tshangu, l'état de marié et la mortalité spécifique du CCR (Tableau 3).

Analyse multivariée type régression de Cox et courbes de Kaplan Meier pour la mortalité spécifique

Après l'ajustement pour les variables catégorielles de confusion telle que la consultation tardive, seuls le statut marital marié et la résidence dans le district de Tshangu ont été maintenus dans l'équation de la régression de Cox/modèle 1, comme les prédictors indépendants les plus importants et significatifs de la survenue de la mortalité spécifique chez tous les patients : les mariés conférant un risque multiplié par 2 et plus élevé que celui des célibataires ; la résidence district de Tshangu conférant un risque multiplié par 2 et plus élevé que celui des patients avec résidences dans les districts de Funa et Mont Amba (Tableau 4).

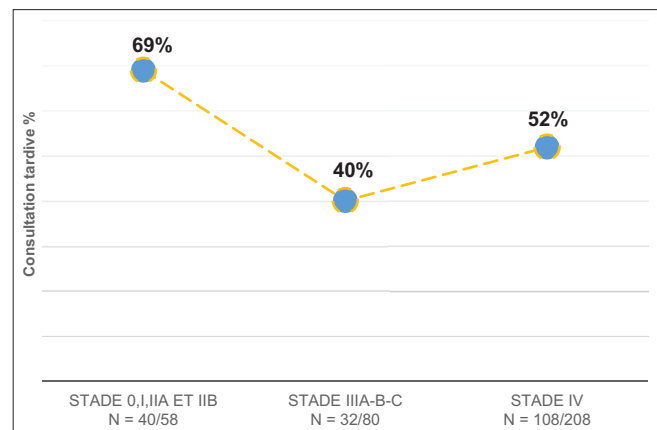


Figure 2: Relation entre les proportions des consultations tardives du CCR et les stades du CCR dans la population d'étude

En introduisant la consultation tardive du CCR, la résidence, l'état matrimonial et les stades TNM dans le modèle 2 et ajustement pour les variables de confusion (consultation tardive du CCR et la résidence), seuls le statut marital et les stades TNM ont été maintenus comme prédictors indépendants les plus importants et significatifs de la survenue de la mortalité spécifique chez tous les patients : les mariés conférant un risque multiplié par 2 et plus élevé que celui des célibataires alors que la résidence au district de Tshangu conférant un risque multiplié par 4 et plus élevé que celui des autres résidences (district de Funa et district de Mont Amba) (Tableau 5).

Pour les durées de survie, leurs valeurs moyennes chez les mariés étaient significativement inférieures à celles des

Tableau 3: Prédicteurs univariés de la mortalité spécifique du CCR

Prédicteurs d'intérêt	Mortalité spécifique %(n)	RR(IC 95%)	Valeur p
Stades TNM			<0,0001
0, I, IIa et IIb (Précoce)	15,5(9/58)		
IIIa,b,c (Intermédiaire)	20(16/80)		
IV (Tardif)	51(106/208)		
Districts			0,030
Funa	28(21/75)		
Mont Amba	34,8(39/112)		
Lukunga	39(32/82)		
Tshangu	50,6(39/77)		
Etat matrimonial			0,020
Marié	41,7(103/247)	1,5(1,04-2,1)	
Célibataire	28,3(28/99)		

Tableau 4: Prédicteurs indépendants de la survenue de la mortalité spécifique en utilisant le premier modèle de la régression multivariée de cox chez tous les patients

	Coefficient β	Erreur Standard	Wald chi-square	HR ajusté (IC 95%)	Valeur p
Prédicteurs indépendants					
Etat matrimonial					
Marié	0,475	0,214	4,914	1,6(1,1-2,5)	0,027
Célibataire				1	
Résidence					
District de Tshangu	0,468	0,192	5,927	1,6(1,1-2,3)	0,015
Autres Districts				1	

Tableau 5: Prédicteurs indépendants de la survenue de la mortalité spécifique en utilisant le deuxième modèle de la régression multivariée de cox chez tous les patients

	Coefficient β	Erreur Standard	Wald chi-square	HR ajusté (IC 95%)	Valeur p
Prédicteurs indépendants					
Etat matrimonial					
Marié	0,591	0,214	7,648	1,8(1,2-2,7)	0,006
Célibataire				1	
Stades TNM					
Terminal	1,294	0,223	33,696	3,7(2,4-5,7)	<0,0001
Non terminal				1	

célibataires et les valeurs moyennes chez les patients au stade terminal étaient aussi significativement inférieures à celles des autres patients au stade non terminal (Tableau 6, Figure 3 et Figure 4).

En considérant respectivement les durées moyennes de survie et des courbes de Kaplan Meier dans le sous-groupe de niveau d'instruction bas et dans le sous-groupe de niveau d'instruction élevé, la consultation tardive du CCR était plutôt un prédicteur univarié et significatif de la mortalité

spécifique chez les patients avec niveau d'instruction bas (Tableau 7 et Figure 5) alors que la consultation tardive du CCR n'était pas un prédicteur univarié significatif de la mortalité spécifique chez les patients avec CCR de niveau élevé (résultat non présenté).

DISCUSSION

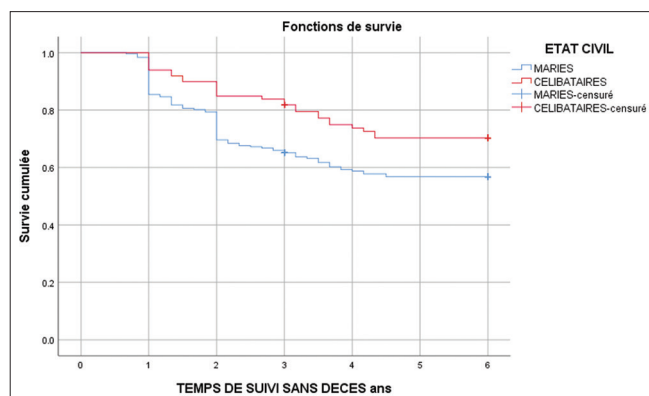
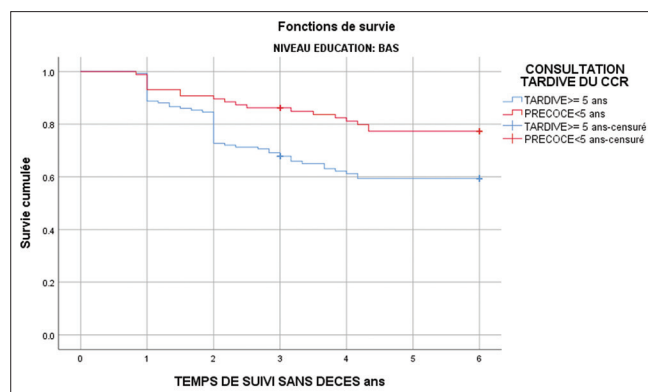
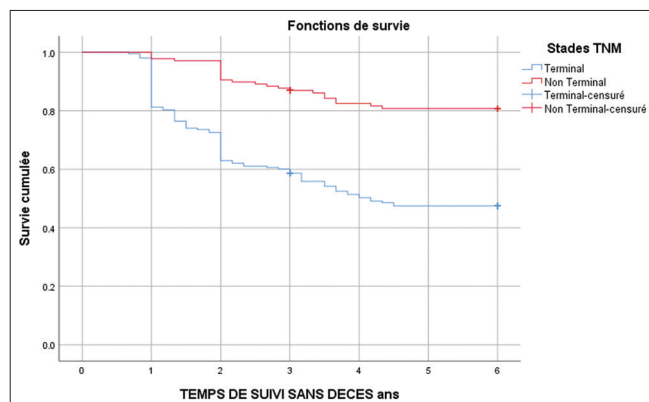
Ce travail s'était proposé d'estimer l'ampleur de la consultation tardive du CCR et d'identifier ses déterminants

Tableau 6: Moyennes et test de Log Rank (Mantel Cox) survie sans décès selon les prédicteurs indépendants et significatifs

	Estimation (jours)	Erreur Standard	IC 95% Log Rank	Valeur p
Prédicteurs indépendants				
Etat matrimonial				
Marié	4,3	0,136	3,9-4,5	0,011
Célibataire	5	0,176	4,6-5,3	
Stades TNM				
Terminal	3,9	0,151	3,6-4,2	<0,0001
Non terminal	5,3	0,124	5,1-5,6	

Tableau 7: Moyennes et test de Log Rank selon le type de consultation du CCR

	Estimation (jours)	Erreur Standard	IC 95% Log Rank	Valeur p
Prédicteurs indépendants				
Type de consultation				0,0004
Consultation tardive ≥ 5 ans	4,4	0,172	4,1-4,8	
Consultation précoce < 5 ans	5,2	0,174	4,9-5,5	

**Figure 3: Fonctions de survie par rapport à l'état matrimonial****Figure 5: Fonctions de survie par rapport à la consultation tardive du CCR****Figure 4: Fonctions de survie par rapport aux stades TNM**

à l'admission et son impact sur les conséquences sanitaires intra hospitalières chez les patients avec CCR aux CUK. Le sexe masculin, la résidence des patients avec CCR dans

le district de Tshangu, les patients mariés et le niveau bas d'instruction étaient respectivement identifiés comme les déterminants majeurs des consultations tardives des patients avec CCR dans cette étude.

Ampleur de la consultation tardive des patients avec CCR

La moitié des patients avec CCR de cette série avait consulté aux CUK au moins cinq ans après les symptômes d'appel du CCR. L'ignorance des signes d'appel du CCR par les patients, la faible fréquentation des structures sanitaires justifiée par les pesanteurs socio-culturelles et la pauvreté, le recours à l'automédication, l'influence grandissante des médecines parallèles, l'absence de politique sanitaire orientée vers la prévention et le dépistage des cancers en général, colorectaux en particulier et l'ignorance des symptômes d'appel du CCR par les médecins de la ville province de Kinshasa face à l'ampleur

des pathologies infectieuses, parasitaires et carencielles sont des facteurs qui pourraient expliquer les consultations tardives des patients avec CCR de cette étude. Dans la VPK, l'itinéraire complexe des patients souffrant des cancers a déjà été décrit par Mashinda et collaborateurs (17). En outre, le CCR est souvent asymptomatique au début dans près de 80% de cas et n'est découvert qu'au stade métastatique (3). Lorsqu'il est symptomatique, ses signes précoces peuvent être confondus à ceux des pathologies colorectales infectieuses et parasitaires fréquentes en zones tropicales et intertropicales (18). Les conséquences inhérentes sont le diagnostic tardif de ce cancer et son mauvais pronostic. Le retard dans le diagnostic du CCR est un élément constant retrouvé dans les séries de l'Afrique subsaharienne : Diallo Owono FK et Collaborateurs à Libreville au Gabon (10), KADENDE et collaborateurs au Burundi (11), Mamoudou G. Salamatou Hami Hinde et collaborateurs au Niger (12), Souleymanne Ouedraogo et collaborateurs au Bourkina Faso (13).

Déterminants de la consultation tardive des patients avec CCR

Le sexe masculin, la résidence des patients avec CCR dans le district de Tshangu, les patients mariés et le niveau bas d'instruction étaient respectivement les déterminants majeurs des consultations tardives des patients avec CCR identifiés dans cette étude. En effet, la distance à parcourir par les patients pour atteindre une structure sanitaire est un facteur géographique important d'accessibilité aux soins de santé (19). Cette distance peut limiter l'accès aux soins de santé lorsqu'elle est évaluée en termes de Kilomètres à parcourir par un patient fragilisé par la maladie et la pauvreté (20). Contrairement aux patients avec CCR résidents dans les autres districts de la VPK, ceux du district de Tshangu étaient dans les conditions défavorables pour accéder aux soins de santé aux CUK : infrastructures routières en état de délabrement avancé, situation géographique périphérique excentrée par rapport aux CUK, style de vie de la population de type rural avec accès limité aux services sociaux de base (eau potable, électricité, écoles, centres de santé) et pauvreté.

Impact de la consultation tardive sur la mortalité spécifique du CCR

Cette étude avait rapporté le risque de mortalité spécifique conféré par l'état matrimonial marié et la résidence dans le district de Tshangu des patients avec CCR ayant consulté tardivement aux CUK. En effet, toutes les séries s'accordent sur la corrélation positive entre le stade du CCR au moment du diagnostic et le pronostic en termes de survie et de mortalité (21). Le CCR diagnostiqué au stade métastatique a un pronostic sombre malgré les avancées thérapeutiques actuelles (22,23).

Niveau bas d'instruction et consultation tardive du CCR

Cette étude a retrouvé 62% des patients de niveau d'instruction bas, atteints de CCR ayant consulté aux CUK au moins 5 ans après les premiers symptômes d'appel de la maladie. En effet, les rectorragies, le syndrome rectal, la constipation, la diarrhée et les douleurs abdominales sont mis à tort sur le compte des hémorroïdes par les patients, les tradipraticiens et même le personnel soignant, justifiant ainsi l'itinéraire complexe des cancéreux (17). L'éducation sanitaire sur les facteurs de risque des cancers en général, colorectaux en particulier manque. Tout observateur averti pourra constater l'existence dans la VPK d'un lien entre le niveau d'instruction et le niveau de revenu des populations ; les populations de niveau bas d'instruction étant pauvres.

Résidence des patients avec CCR et consultation tardive

Cette étude a retrouvé une proportion de 69% des patients avec CCR résidents dans le district de Tshangu. Ce district est l'un des 4 districts de la VPK/RDC. Il est le plus étendu et le plus rural de tous les districts de la VPK. Tous les atouts sont réunis pour justifier les consultations tardives aux CUK des patients avec CCR résidents dans le district de Tshangu: urbanisation anarchique, difficultés liées à la distance à parcourir pour atteindre les CUK (12 à 40 Km en fonction des communes de résidence) dues au mauvais état des routes, à la pauvreté des patients et aux pesanteurs socio-culturelles.

CONCLUSION

Les consultations tardives des patients avec CCR assombrissent le pronostic de ce cancer à Kinshasa en termes de survie et de mortalité spécifique. Des efforts doivent être fournis pour promouvoir la prévention primaire et la prévention secondaire du CCR, la lutte contre la pauvreté et les pesanteurs socio-culturelles particulièrement chez les populations résidant dans des districts à urbanisation anarchique.

CONFLITS D'INTERETS

Il n'y a pas de conflits d'intérêts connus associés à cette publication.

REFERENCES

1. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JMA, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;375(9726):1624–33.
2. Rafiemanesh H, Mohammadian-Hafshejani A, Ghoncheh M et al. Incidence and Mortality of Colorectal Cancer and Relationships with

- the Human Development Index across the World. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(5):2465-73.
3. Heike Pietge et al. Le cancer colorectal. *Forum Médical Suisse*. 2017;17(44):943-952.
 4. Timothy R. Rebbeck, Powel H. Brown, Ernest T. Hawk et al. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, and Cancer Prevention Research: Two Journals, a Common Goal. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008;17(11):2903-5.
 5. Theodore M. Brasky, Jingmin Liu, Emily White. Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs and Cancer Risk in Women: Results from the Women's Health Initiative. *Int J Cancer*. 2014 October 15;135(8):1869-1883.
 6. Iannone A, Losurdo G, Pricci M. Stool Investigations for Colorectal Cancer Screening: From Occult Blood Test to DNA Analysis. *J Gastrointest Cancer*. 2016 Jun;47(2):143-51.
 7. Jesus Esquivel. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for colorectal cancer: survival outcomes and patient selection. *J Gastrointest Oncol*. 2016;7(1):72-78.
 8. O'Neil BH, Wallmark J, Lorente D et al. Safety and antitumor activity of the anti-PD-1 antibody pembrolizumab in patients with advanced colorectal carcinoma. *PLoS One*. 2017 Dec 28;12(12):e0189848.
 9. Michael J. Overman, Ray McDermott, Joseph L. Leach et al. Nivolumab in patients with metastatic DNA mismatch repair deficient/microsatellite instability-high colorectal cancer (CheckMate 142): results of an open-label, multicentre, phase 2 study. *Lancet Oncol*. 2017 September;18(9):1182-1191.
 10. Diallo Owono FK et Collaborateurs. Aspects épidémiologiques et diagnostiques des cancers colorectaux à Libreville (Gabon). *Médecine Tropicale*. 2011;71 605-607.
 11. Kadende; P. Engels; D. Ndoricimpa et al. Les cancers digestifs au Burundi. Premiers résultats d'une enquête menée à Bujumbura. *Médecine d'Afrique Noire*. 1990;37(10):554-558.
 12. Mamoudou G. Salamatou, Hinde Hami, Abdelmajid Soulaymani et al. Les cancers digestifs au Niger. Fréquence relative sur une étude rétrospective de 1992 à 2009. *European Scientific Journal*. March 2014;10(9):339-349.
 13. Souleymanne Ouedraogo. Epidémiologie, traitement et pronostic du cancer colorectal de l'adulte jeune en milieu sub-saharien. *Bulletin du cancer*. Novembre 2019;106(11):969-974.
 14. Benoist, J. Les médecines douces. Passions ordinaires. Du match de football au concours de dictée, pp. 523-542. Paris: Éditions Bayard, 1998, 544 pp.
 15. Estève J, Benhamou H, Raymond L. Méthodes statistiques en épidémiologie descriptive. Les éditions INSERM, Paris, 1993.
 16. <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/stat-inferentielles/regression-logistique.php>
 17. Mashinda DK, Françoise Cerexhe, Kayembe PK et al. Cancer à Kinshasa: perceptions, itinéraires thérapeutiques et aspects communicationnel: une étude qualitative. *Ann. Afr. Med*. 2014;7(4):1171-1779.
 18. Philippe BONNARD et al. Manifestations digestives et hépatiques de la bilharziose. *Gastroenterol Clin Biol*. 2000;24:409-419.
 19. COM-Ruelle et al. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. *Questions d'économie de la santé*. Juin 2016;219.
 20. Meade SM, Earickson RJ. Medical geography, The Guilford Press, New York. 2000;501p.
 21. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975- 2008, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/.
 22. Adam R, Wicherts DA, de Haas RJ, et al. Patients with initially unresectable colorectal liver metastases: is there a possibility of cure? *J Clin Oncol*. 2009 Apr 10;27(11):1829-35.
 23. Bachet JB, Rougier P, de Gramont A, André T. Cancer du rectum et chimiothérapie adjuvante : quelles conclusions? *Bulletin du Cancer*. January 2010;97(1):107-122.