

Prise en charge des anémies chez les patients cancéreux à Douala, Cameroun *Management of anemia in cancer patients in Douala, Cameroun*

Essomba EN*, Ngaba GP*, Dina Bell*,
Ngo NT*, Kedy CDK*, Mouelle AS*,
Coppeters Y**

Correspondance

Dr Essomba Noel Emmanuel
Téléphone (+237 36 77551808
Fax (+237) 33406415
BP 2701 Douala, Cameroun
Courriel : noelesso@yahoo.fr

Summary

Contexte & objective: Knowledge of anemia occurred following the care of cancer patients is very limited. The aim of the study was to assess the frequency and the management of anemia in cancer patients according to the international guidelines. **Methods:** In cross sectional, 301 consecutive patients having cancer were examined at General hospital of Cameroon from 1st January, 2013 to 30th April, 2014. We use the WHO classification ranks of hematologic toxicity drug-induced to assess severity of anemia after treatment of Cancer. The WHO's Performance Status helped to evaluate the quality of life of patients. Anemia support was compared to establish French 2007 Standards. **Results:** Out of 301 patients studied (average age 42.5 ± 15.1 years), the prevalence of anemia was 80.7% after treatment from 71.4% Mild ($Hb < 10$ g/dl) and moderate to severe anemia were treated with orally-administered iron or blood transfusion. Erythropoietin-stimulating agents have been used in 2.3% of cases. The compliance rate was 17.5%. **Conclusion:** Compliance to international guidelines for anemia management in cancer is low in this institution. The main constraints are financial or pharmaceutical emphasizing the need for urgent strategic measures including subsidy for therapies.

Key words: Anemia, Cancer, Management, Douala

History of article: received on December 29th, 2014; accepted the April 21st, 2016

* Faculté de Médecine et des Sciences
Pharmaceutiques de Douala

** Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique

Résumé

Contexte & objectif : L'anémie survenant dans la suite du traitement de cancer, est rarement documentée. La présente étude a évalué la fréquence et la prise en charge de l'anémie, chez les patients cancéreux en rapport avec les recommandations internationales.

Méthodes : Dans une étude transversale, 301 patients cancéreux consécutifs ont été examinés, à l'hôpital général du Cameroun, entre les 1^{er} septembre 2013 et 30 avril 2014. La sévérité de l'anémie a été recherchée après traitement anti-cancéreux, à l'aide du classement OMS des grades de toxicité hématologique chimio-induite. La qualité de vie des patients a été évaluée à l'aide du score de l'OMS de Performance Status. La prise en charge de l'anémie a été comparée aux standards options et recommandations françaises 2007. **Résultats :** Des 301 patients enrôlés (âgés en moyenne de $42,5 \pm 15,1$ ans), la fréquence de l'anémie est passée de 71,4 à 80,7%, respectivement à l'admission et après traitement anticancéreux. Les anémies légères ($Hb \geq 10$ g /d) et les formes modérées à sévères ont été traitées respectivement, par fer oral et transfusion sanguine. Les agents stimulants de l'érythropoïétine ont été utilisés dans 2,3% des cas. Le taux de respect des recommandations était de 17,5%. **Conclusion :** L'adhésion aux recommandations internationales pour la prise en charge de l'anémie dans le cancer est faible dans cette institution. Les principaux obstacles sont d'ordre financier et pharmaceutique. La gestion optimale de cette complication justifie une politique de subvention des thérapies.

Mots-clés : Anémie- cancer- prise en charge- Douala

Historique de l'article: reçu le 29 décembre 2014; accepté le 21 avril 2016

Introduction

L'anémie est définie selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme une diminution du taux de l'hémoglobine (Hb) en dessous des valeurs limites considérées comme normales et fixées en fonction de l'âge, du sexe et d'un état physiologique particulier (1). On parle d'anémie lorsque le taux d'Hb est inférieur à 13 g /dl chez l'homme, et à 12 g/dl chez la femme non enceinte (1).

L'OMS et la National Cancer Institute (NCI) définissent l'anémie chez le patient cancéreux par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl pour les deux sexes (1, 2). Selon l'European Cancer Anemia Survey (ECAS), l'anémie touche plus de 50% des patients atteints de cancer avant instauration et peut aller au-delà de 70% après instauration du traitement (2). L'anémie est à l'origine d'une altération de la qualité de vie des patients cancéreux ; elle constitue un facteur de mauvais pronostic et un facteur limitant de l'initiation du traitement anticancéreux (3). En effet, la réussite de la prise en charge du cancer, hormis les soins spécifiques que sont la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie, devrait intégrer l'administration des soins de support de qualité.

Des traitements efficaces existent et des standards de prise en charge de l'anémie ont été élaborés par les sociétés savantes de cancérologie. Aux Etats-Unis, les dernières recommandations émises en 2010 par l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) sont respectées à hauteur de 80% (4) ; alors qu'en France, les Standards Options Recommandations (SOR, 2007) sont suivies à hauteur de 90% (5). Ce respect des recommandations est à l'origine d'une augmentation effective du taux d'Hb chez les patients sous traitement anticancéreux. En Afrique Subsaharienne, les rapports sur la prise en charge de l'anémie chez les patients cancéreux sont rares ; quelques rares données d'Afrique du Sud et de l'Ouganda sont disponibles sur le sujet (6, 7). La problématique nécessite néanmoins d'être appuyée par de nombreux travaux de recherche, en vue d'adopter des directives rationnelles et évidentes. L'objectif de la présente étude est de déterminer les pratiques et les insuffisances relevées dans la prise en charge des anémies liées au cancer et/ou aux traitements anticancéreux, afin de proposer des pistes appropriées de solution.

Méthodes

Type, période et cadre d'étude

Cette étude transversale descriptive s'est déroulée du 1^{er} septembre 2013 au 30 avril 2014 (8 mois), dans le service de radiothérapie-oncologie de l'hôpital général de Douala (HGD). Il s'agit d'un centre de référence associant radiothérapie et chimiothérapie dans la prise en charge des patients cancéreux dans la sous-région d'Afrique centrale.

Population d'étude

Etaient éligibles, tous les patients porteurs d'un cancer confirmé par examen anatomo-pathologique ayant fréquenté le centre, et consenti librement par écrit à participer à l'étude. Ils devaient en outre, avoir bénéficié au moins d'une numération de la formule sanguine (NFS) et être déjà sous traitement spécifique anticancéreux.

Le recrutement a été exhaustif. Selon l'European Cancer Anemia Survey (ECAS), le taux d'anémie chez les patients cancéreux est estimé à 70% (2). A partir de ce taux et en fonction du nombre total des patients cancéreux enregistrés à l'HGD, la taille minimale de l'échantillon d'étude ($n = Z^2pq/d^2$) a été calculée à 182 patients, puis portée à 301.

Collecte des données

Les données recueillies ont été consignées dans une fiche de collecte standardisée, pré-testée. Elles concernaient les variables sociodémographiques (âge, sexe, profession, niveau d'études, statut matrimonial), la localisation du cancer (organe ou membre atteint), le stade clinique d'extension locale, locorégionale, ou métastatique, et les résultats de l'observation clinique. L'état général était évalué à l'aide du Score Performance Status de l'OMS (PS) (6). Les données biologiques analysées ont concerné la numération et la formule sanguine (NFS). L'hélogramme était systématiquement étudié chez tout patient avant l'instauration et à la fin de tout traitement spécifique. Ce dernier examen

a également permis l'étude d'autres constantes érythrocytaires. La nature du traitement spécifique a été considérée, celui-ci était chirurgical, chimiothérapeutique, ou radiothérapeutique en forme isolée ou en combinaison. La nature du traitement antianémique a été également prise en compte, avec surveillance de l'évolution du taux de l'Hb. Celui-ci a consisté en supplémentation en fer par voie orale ou entérale, en apport en érythropoïétine, ou en transfusion sanguine. Pour les patients sous chimiothérapie, les données de l'hémogramme ont été collectées avant le 1^{er} cycle et le 2^{ème} cycle, soit au 21^{ème} jour et au 42^{ème} jour. En cas de radiothérapie, elles ont été recueillies au début et à la fin du traitement. A chacune de ces étapes, la prise en

charge de l'anémie proposée selon le cas par le praticien, était enregistrée et comparée aux recommandations des sociétés savantes.

Pour un taux d'Hb < 8g/dl, la recommandation est la transfusion sanguine ; variant selon le cas, en situation d'Hb comprise entre 8 et 10 g/dl. La transfusion sanguine est la règle en toute situation de correction urgente. Si le besoin de correction peut être différé, le recours à d'autres moyens, notamment les agents stimulants de l'érythropoïèse (ASE) pouvaient être envisagés, ciblant un taux d'Hb de 12g/dl. Les ASE sont recommandés en cas de disponibilité pour des taux d'Hb compris entre 10 et 12 g/dl, la cible thérapeutique étant un taux d'Hb supérieur ou égal à 12g/dl (tableau 1).

Tableau 1 : Indication de l'ASE dans les traitements préventifs de l'anémie par SOR 2007

Taux d'hémoglobine	Chimiothérapie	Radiothérapie	Traitement reçue
< 8 g/dl		×	Transfusion sanguine
	×		Transfusion sanguine
8- 10 g/dl	×		Si besoin de correction rapide transfusion Si pas besoin de correction ASE avec cible à 12 g/dl (tenir compte des facteurs thromboembolique)
		×	Transfusion sanguine
10 -12 g/dl			ASE d'emblée et arrêt si Hb ≥ 12 Ou attendre la chute d'Hb en dessous de 10g /dl pas ASE
12 g /dl	×	×	Pas d'ASE ou interrompre ASE si traitement en cours, Pas de traitement

Abréviation : ASE, agent stimulant de l'érythropoïétine

Regroupement des données

La sévérité de l'anémie avant l'instauration du traitement spécifique a été évaluée à l'aide des critères établis par l'OMS (7). L'anémie est légère pour un taux d'Hb >10 g/dl ; modérée, pour un taux entre 7 et 10 g/dl ; et sévère, pour une valeur <7g/ dl (7). La sévérité de l'anémie après traitement spécifique a été évaluée à l'aide du Classement OMS des grades de toxicité hématologique comme décrit antérieurement (7). Le grade 0 correspond à un taux d'Hb ≥ 11g/dl, le grade 1 à un taux compris entre 9,5 et 10,9 g/dl, le grade 2 à un taux compris entre 8 et 9,4

g/dl, le grade 3 pour un taux entre 6,5 et 7,9 g/dl, et le grade 4 pour un taux d'Hb<6,5 g/dl. La qualité de vie des patients a été évaluée grâce au score de Performance Status de l'OMS (6).

Analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Info version 7.0 puis analysées et traitées sur Excel 2007. Les statistiques descriptives ont été appliquées pour compiler et ordonner les variables. Les variables qualitatives ont été exprimées par leur représentation graphique à l'aide des diagrammes et des tableaux. Quant

aux variables quantitatives, elles ont été présentées sous formes de moyennes accompagnées de l'écart-type. Les paramètres de tendance centrale et de dispersion ont été calculés. Le test de Khi² a été utilisé pour la comparaison des valeurs de deux variables qualitatives ; celui de t de Student pour les variables quantitatives. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%.

Considérations éthiques

La participation de chaque sujet a été obtenue après son consentement éclairé. L'étude a été réalisée dans le strict respect du secret médical, exécutée dans le seul but de la recherche scientifique. Ce travail a obtenu l'autorisation du Comité d'Ethique National et celui du Directeur Général de l'HGD.

Résultats

Caractéristiques des patients

Au total 301 patients ont été enrôlés au cours de la période d'étude, dont 228 (75,7% ; $p < 0,02$) femmes (sex ratio 3,1/1 femmes/hommes). La tranche d'âge majoritaire se situait entre 40 et 50 ans (28,5%). L'âge moyen était de $46,3 \pm 15,1$ ans (extrêmes : 3-83 ans). Le cancer du sein représentait 27,5 % de l'ensemble des cancers, suivi du cancer du col de l'utérus (19,2%). Concernant les signes cliniques, l'asthénie était quasi systématiquement retrouvée chez tous les patients à la première consultation. De tout le groupe, 39,2% des patients avaient une Performance Status de l'OMS (PS) égale à 2, et 18,6% un PS à 3. Au total, 50,8% de la population étudiée avait une altération de la qualité de vie évidente. La majorité des patients avait consulté à un stade évolué du cancer : 53,2% au stade métastatique, 37,9% au stade loco régional, et 8,9% au stade local de la pathologie (Tableau 2).

Tableau 2: Répartition de l'anémie en fonction du stade de la maladie cancéreuse

	Non anémiés n (%)	Anémiés n (%)	Total n (%)	P
Métastatique	12 (7,5)	148 (92,5)	160 (100)	<0,05
Locorégional	56 (49,1)	58 (50,8)	114 (100)	NS
Local	18 (66,6)	9 (33,3)	27 (100)	NS
Total	86 (28,5)	215 (71,4)	301 (100)	NS

Prévalence et caractéristiques de l'anémie à l'entrée

La prévalence de l'anémie à l'entrée était de 71,4% (n=215). La forme légère de l'anémie était la plus fréquente (51%). Les cas d'anémie sévère en phase initiale représentaient 10% de l'ensemble. Plus de la moitié des patients avec anémie (n=192, soit 63,7% ; $p < 0,05$) présentaient un PS compris entre 2 et 3. La quasi-totalité des patients anémiés (92,5% ; $p < 0,001$) était au stade métastatique ($p < 0,05$). Dans l'ensemble, une association significative était notée entre le stade du cancer et l'anémie (Tableau 2).

Les taux de patients anémiés étaient disparates en fonction de la localisation du cancer (tableau 3). Toutefois, certains d'entre eux atteignaient, voire dépassaient le taux de 90%, notamment pour les cancers du col utérin (90,1%) et du rein (99,4%).

Tableau 3: Population anémiée suivant la localisation de la maladie cancéreuse

	Anémiés n (%)	Non anémiés n (%)	Total n (%)
Sein	63 (75,9)	20 (24,09)	83 (100)
Col	46 (90,1)	12 (9,8)	58 (100)
Cancers digestifs	21 (66,6)	11 (33,3)	32 (100)
Orl	17 (65,6)	11 (34,3)	28 (100)
Kaposi	13 (60,7)	9 (39,2)	22 (100)

Autres cancer gyneco	12 (63,1)	7 (36,8)	19 (100)
Lymphome	6 (42,8)	8 (57,1)	14 (100)
Prostate	4 (66,6)	2 (33,3)	6 (100)
Rein	8 (99,4)	1 (0,5)	9 (100)
Autres	25 (83,3)	5 (16,6)	30 (100)
Total	215 (71,4)	86 (28,5)	301 (100)

Sévérité de l'anémie

Le taux de patients avec anémie après une phase de chimio/radiothérapie était de 80,7 % (243 cas). La sévérité de celle-ci a été évaluée suivant les grades OMS. Après un cycle de traitement spécifique, 50 % de la population présentaient une anémie légère à modérée ; 39% une anémie au grade 1 ; et 23 % une anémie au grade 2. La proportion de patients avec anémie était de 80,2% dans le groupe sous chimiothérapie versus 71,5 % chez ceux sous radiothérapie. Cette proportion était encore plus importante en situation de combinaison de la chimiothérapie et de la radiothérapie (Figure 1).

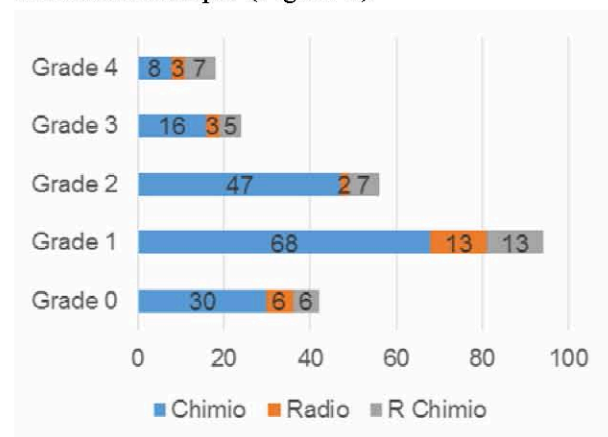


Figure 1: Sujets anémiés en fonction du grade et du traitement spécifique reçu

Prise en charge de l'anémie

En phase initiale, avant traitement spécifique, un taux d'abstention thérapeutique de 16,9% (n=51) de patients a été observé. Plus d'un patient sur trois (108 cas ; 35,8%) a bénéficié d'un traitement martial par voie orale. Après le traitement spécifique, une abstention thérapeutique chez 13,6% des patients a été observée. Les sujets présentant une anémie normochrome, hypochrome, et microcytaire ont

toutefois étaient soumis à un traitement par fer oral ou injectable, ou encore à une transfusion sanguine (Tableau 4). Ceux qui avaient une anémie macrocytaire ont bénéficié d'une supplémentation en acide folique.

Tableau 4: Type de traitement antianémique reçu en fonction des caractéristiques de l'anémie

	Transfusion		EPO		Fer oral		Fer inj	
	A V	A P	A V	A P	A V	A P	A V	A P
Hypochrome microcytaire	16	14	5	8	85	9	2	3
Normochrome normocytaire	25	17	2	2	14	86	5	9
Normochrome macrocytaire	2	2	0	0	9	9	0	0

AV : avant le traitement spécifique ; AP : après le traitement ; EPO : érythropoïétine

L'adhésion aux recommandations

L'adhésion aux recommandations des sociétés savantes ASCO et SOR était acquise pour 20,9 % des patients avant initiation du traitement spécifique et 14,6% en cours de ce dernier (Tableau 5).

Tableau 5 : répartition de la population en fonction du respect des recommandations des sociétés savantes

	Effectifs n(%)	
	AV	AP
Non	171(79,07)	207(85,3)
Oui	44(20,9)	36(85,3)
Total	215(100)	215(100)

AV : avant traitement ; AP : après traitement

Evolution

Comparés aux patients et ceux ayant bénéficié de l'érythropoïétine (Epo) ont présenté une meilleure évolution de l'hémoglobine moyenne au fil du temps (Tableau 6).

Tableau 6 : Évolution de l'hémoglobine moyenne suivant le traitement

	Hb initiale	Hb j 21	Hb j 42
Epo	8,5	9,4	10,5
Fer oral	10,6	9,6	9,6
Fer injectable	9,09	9,6	9,6

Discussion

Ce travail a évalué les différents types de cancers observés à l'Hôpital Général de Douala, en se focalisant sur la prise en charge de l'anémie observée chez les patients. Les résultats obtenus indiquent que la prévalence de l'anémie était proche de 80,7% après traitement du cancer, avec une prédominance de l'anémie normochrome, normocytaire. Un patient sur 2 avait une anémie légère à modérée.

Données sociodémographiques et cliniques

L'âge moyen de la population de $46,3 \pm 15,1$ ans, dénote qu'il s'agit d'une population jeune. Ceci pourrait trouver sa justification dans le fait que l'espérance de vie au Cameroun est de 55,02 ans (8). La tranche d'âge majoritaire, était comprise entre 40 et 50 ans et constituée de 86 patients. Ce résultat se rapproche de celui des travaux d'Essomba Biwolé *et al.* qui ont rapporté un âge moyen de 41,3 ans (9). La relative amélioration de cette moyenne d'âge pourrait être mise sur le compte d'une augmentation de l'espérance de vie au Cameroun, secondaire à une amélioration globale de la qualité de vie des populations au fil des temps.

Les cancers les plus rencontrés de cette série concernaient la sphère gynécologique, c'est-à-dire les cancers du sein et du col. Ces derniers représentaient respectivement 27,5% et 19,2%. Ces résultats s'accordent avec ceux d'Enow-Orock *et al.* qui révèlent que les cancers du col et du sein occupent le premier rang chez les femmes avec des pourcentages de l'ordre de 20 à 25% (10).

Chez les hommes, les cancers ORL, les cancers digestifs et le sarcome de Kaposi étaient les cancers les plus retrouvés avec respectivement 24,6, 23,2 et 17% des cas. Ces chiffres

contrastent avec ceux de l'OMS qui rapporte en premier le cancer de la prostate avec 19% (11). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la présente étude a été menée dans un service de Radiothérapie - Oncologie où sont orientés en priorité les cancers radiosensibles comme ceux des voies aéro-digestives supérieures pour traitement par radio chimiothérapie concomitante. En revanche, les cancers de la prostate sont pris en charge en première intention, par les chirurgiens urologues.

Dans notre série, les patients au stade local sont rares (9%), la plus grande proportion des malades a consulté au stade métastatique soit 58,0% de la population. Nsangou *et al.* au Cameroun ont observé également une prédominance des stades avancés (80,0% des patients) (12). Cette proportion élevée des patients à un stade avancé de la pathologie s'expliquerait par le long itinéraire thérapeutique parcouru par les malades du cancer. Ces derniers consultent tour à tour le guérisseur traditionnel, les leaders religieux, ensuite, le centre de santé plus proche avant d'atteindre, l'hôpital de référence pouvant prendre en charge le cancer. A cela il faut ajouter, le revenu mensuel bas, l'ignorance, la négligence, et la perception sociale de cette maladie qui sont autant d'obstacles au diagnostic précoce du cancer.

Concernant les manifestations cliniques, la fatigue est un problème commun aux patients cancéreux. Dans notre série, l'asthénie a été retrouvée chez 79,07% des patients avant initiation du traitement anticancéreux. Cette observation est en accord avec les données de la littérature où les auteurs ont rapporté une prévalence globale de l'asthénie supérieure à 50% et voir au-delà de 75% chez les patients cancéreux au stade avancé (13-15).

Le cancer affecte la qualité de vie des patients et de leur entourage tant au niveau physique, psychosocial qu'au niveau économique (15). Il diminue la capacité des patients à participer aux activités de loisirs, à entretenir des relations complètes avec leur famille et leurs proches, à travailler et à s'engager dans des activités

sociales (12). Cela place également les patients dans une position de dépendance des autres pour toutes les activités domestiques et même pour les soins d'hygiène personnelle. Un patient sur deux (50,8%) de la population étudiée dans cette série a une altération avérée de la qualité de vie, avec un PS supérieur ou égal à 2. Ce résultat pourrait s'expliquer par la prévalence élevée de l'anémie, mais aussi par l'activité tumorale importante liée à l'état d'avancement de la maladie chez la majorité des patients inclus dans l'étude.

Prévalence et caractéristiques de l'anémie

La prévalence de l'anémie, symptôme commun de la pathologie cancéreuse, se situe à 71,4% avant l'initiation d'un traitement spécifique anticancéreux. Nos résultats sont inférieurs à ceux décrits par Ludwig *et al.* dans l'étude ECAS (European Cancer Anemia Survey) et par Ithimakin *et al.* en Thaïlande qui ont rapporté respectivement une prévalence de 39,9% et de 34,5% avant le début de tout traitement anticancéreux. Toutefois, dans la série de Ludwig, celle de Ithimakin et la nôtre, la prévalence de l'anémie augmente après l'introduction d'un traitement spécifique, soit 61,1% en Thaïlande, 67% en Europe et 80,7% dans notre étude (2, 16). Cette disparité pourrait être imputée aux différences environnementales ; en effet, le cadre tropical de notre enquête est caractérisé par une fréquence non négligeable des maladies parasitaires, potentielles sources d'anémie comme le paludisme et certaines parasitoses intestinales (17).

L'anémie dans cette étude est surtout légère à modérée parmi les patients sous chimiothérapie. Ce constat pourrait être lié au fait que toutes les anémies sévères sont systématiquement corrigées avant initiation du traitement anticancéreux, jusqu'à atteindre environ 10 g/dl d'Hb. Groopman *et al.* retrouvent également une fréquence élevée des anémies légères après chimiothérapie (18). Les directives relatives au recours aux ASE ou au fer injectable pour la prise en charge de l'anémie dans le cancer, sont de pratique courante dans les pays développés.

En dépit de leur impact réel sur la restauration de l'Hb, ces mesures sont loin d'être pratiquées dans les pays pauvres (6, 19).

L'anémie microcytaire hypochrome, témoin de la carence martiale, a été retrouvée chez 50,2% avant l'initiation et chez 46,9% après traitement spécifique. Cette tendance est rapportée, quoique dans une proportion plus élevée (92% des patients cancéreux) dans l'étude Supfer (19). L'anémie dans le cancer est généralement multifactorielle. Elle peut être imputable aux saignements aigus ou chroniques, à un déficit nutritionnel, à une diminution de l'utilisation du fer, à une infiltration de la moelle osseuse par les cellules tumorales, ou encore aux effets cytotoxiques des traitements anticancéreux. La carence martiale observée est souvent fonctionnelle, avec une ferritine sérique normale ou élevée, le fer n'étant pas correctement utilisé pour l'hématopoïèse (20).

La présente étude révèle que l'anémie est présente quel que soit le type de cancer, le statut de la maladie, et l'instauration ou non d'un traitement spécifique. Toutefois, elle apparaît plus fréquente dans les cancers gynécologiques, digestifs, et rénaux. Cette situation relèverait du type de sélection dans l'étude et de l'échantillonnage consécutif non probabiliste qui pourrait avoir induit une distribution inégale de différentes localisations des cancers. Ces résultats sont néanmoins confortés par ceux de l'ECAS qui ont montré la même tendance sur une enquête incluant 15367 patients issus également d'un échantillonnage consécutif non probabiliste (2). Ils sont cependant en désaccord avec ceux rapportés par Schneider *et al.* dans une étude sur une population avec une distribution égale des cancers (21).

Comme Seshadri *et al.* dans une enquête en Australie (22), nous avons observé une plus grande fréquence d'anémie en cas d'association de la chimiothérapie et de la radiothérapie. La toxicité hématologique cumulée de ces deux thérapies en est une explication plausible (23).

Prise en charge de l'anémie

Bilan complémentaire

Le bilan biologique effectué durant cette étude comportait la NFS et le bilan rénal (urémie, créatinémie) de manière systématique. Seule une patiente avec microcytose importante a bénéficié d'une analyse étiologique comprenant le taux de réticulocytes, le fer sérique, la transferrine, la CRP et la VS. La survenue d'une pancytopenie a justifié la réalisation d'un frottis sanguin chez une deuxième patiente. Le peu d'accessibilité financière aux soins et la précarité des populations expliquent cette limitation dans les explorations, chez des patients ne bénéficiant pas souvent d'une assurance santé.

Traitement antianémique

L'anémie est un facteur limitant, aussi bien dans l'initiation du traitement anticancéreux que dans la qualité de vie des patients. La présente étude montre un taux d'abstention thérapeutique anti anémique de 16,9% avant l'initiation du traitement spécifique et de 13,6% après ; se rapprochant très significativement des 16% d'une étude FACT de 2007 (24). Il demeure néanmoins inférieur à celui variant entre 30 à 50% dans l'étude de Ludwig *et al* (2). L'abstention a concerné surtout les patients ayant un taux d'hémoglobine supérieur à 10 g /dl dans notre travail. En effet, l'anémie étant considérée comme un fait habituel chez le patient cancéreux par la plupart des praticiens ; elle n'est effectivement traitée que pour atteindre les seuils permettant l'initiation du traitement spécifique ou en cas de signes d'intolérance.

En phase initiale ainsi qu'en cours de traitement anti-cancéreux, et ce selon le cas, l'anémie légère, normochrome normocytaire, hypochrome microcytaire, ainsi que certaines formes modérées ont été prises en charge par du fer oral à une dose de 160 à 240 mg. Ces fréquences étaient de 36,8% avant initiation et de 54,4 % en cours de traitement spécifique.

La transfusion sanguine a été effectuée chez 43 patients (20%) avant traitement spécifique présentant une anémie sévère à modérée ; de

même que chez 33 patients (13,5%) après traitement spécifique. Ce traitement a été administré avec un seuil transfusionnel fixé à 8 g/dl et un objectif à 10 g/dl. Cinq patients ont bénéficié des ASE (2,3%) avant et dix après traitement anti-cancéreux (4,1%). Ces sujets en avaient soit individuellement la possibilité, soit bénéficiaient d'une assurance santé. Ce dernier groupe comprend 2 témoins de Jéhovah, ayant refusé la transfusion sanguine pour des considérations religieuses. Malgré sa faible absorption chez le cancéreux due à l'action de l'hépcidine (19), le fer oral a été le traitement de prédilection administré dans le cadre de la prophylaxie anti anémique dans ce cadre. Le prix très élevé des ASE et leur faible disponibilité dans les officines est une possible explication de ce comportement. Le coût d'un ASE est de 10 fois supérieur à celui du fer injectable et de 30 fois à celui du fer oral. Le peu d'accessibilité aux ASE est une entorse aux directives internationales quant à la gestion de l'anémie en oncologie (19, 20).

Concordance avec les recommandations internationales

En phase initiale, la réponse au standard concernait 20,9% des patients cancéreux et 14,6% en cours de traitement. Ce pourcentage comprend principalement les patients ayant bénéficié d'une transfusion sanguine ou d'un ASE. Ces chiffres sont inférieurs à ceux de l'étude FACT qui retrouvent 70% de prescription d'ASE pour les patients atteints de tumeurs solides (24). Le déficit de concordance avec les recommandations est principalement tributaire du coût très élevé des ASE, trois fois supérieur à celui de la transfusion sanguine. L'absence d'une politique rationnelle pour la promotion des soins de support chez les patients cancéreux, constitue un handicap réel dans la prise en charge globale du cancer au Cameroun, à l'heure actuelle. Un plaidoyer s'impose auprès de l'industrie pharmaceutique et des décideurs politiques, pour rendre plus accessibles les ASE

et le fer injectable dans nos pays a ressources limitées.

Conclusion

L'anémie est fréquente dans la population des cancéreux pris en charge à l'HGD. Le déficit de la gestion courante de cette complication justifie un plaidoyer pour de bonnes pratiques, en améliorant l'accessibilité des patients aux thérapies adéquates et recommandées par les sociétés savantes dans ce domaine.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ont déclaré toute absence de conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

EHMDB a conçu l'étude. GPN a conduit la collecte des données. ENE a effectué leur traitement statistique et a rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont contribué à la relecture du manuscrit et ont approuvé la version soumise du manuscrit.

Références

1. World Health Organization (WHO). Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control, a guide for programme managers. Disponible sur : www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anemiairondeficiency. (Consulté en septembre 2013).
2. Ludwig H, Van Belle S, Barrett-Lee P, Birgegård G, Bokemeyer C, Gascón P. The European Cancer Anemia Survey (ECAS): A large, multinational, prospective survey defining the prevalence, incidence, and treatment of anemia in cancer patients. *Eur J Cancer* 2004; **15**:2293–306.
3. Mock V, Olsen M. Current management of fatigue and anemia in patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2003; **19**:36–41.
4. Crozier J, Perez E. Perspectives from the American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2014 Conference: breast cancer highlights. *Future Oncol* 2014; **12**:1897–1899.
5. Marec-Berard P, Chastagner P, Kassab-Chahmi D, Casadevall N, Marchal C, Misset JL *et al.* 2007 Standards, Options, and Recommendations (SOR): use of erythropoiesis-stimulating agents (ESA: epoetin alfa, epoetin beta, and darbepoetin) for the management of anemia in children with cancer. *Arm Jour Pub Health* 2009; **1**:7–12.
6. Mugisha JO, Baisley K, Asiki G, Seeley J, Kuper H. Prevalence, Types, Risk Factors and Clinical Correlates of Anaemia in Older People in a Rural Ugandan Population. *Shiff C, ed. PLoS ONE* 2013; **10**:e78394.
7. ZibusisoNdlovu, Tobias Chirwa, and SimbarasheTakuva. Incidence and predictors of recovery from anaemia within an HIV-infected South African Cohort, 2004–2010. *Pan Afr Med J.* 2014; **19**: 114.
8. Katsidzira L, Gangaidzo IT, Mapingure MP, Matenga JA. Retrospective study of colorectal cancer in Zimbabwe: colonoscopic and clinical correlates. *World J Gastro enterol* 2015; **8**:2374–2380.
9. Mtatiro SN, Singh T, Rooks H, Mgaya J, Mariki H, Soka D *et al.* Genome wide association study of fetal hemoglobin in sickle cell anemia in Tanzania. *PLoS One* 2014; **11**:e111464.
10. McIlmurray. Palliative medicine and the treatment of cancer. Symptommanagement. Oxford textbook of palliative medicine. Third Edition. Ed Doyle Hanks and Cherny Calman, Oxford, 2005.
11. auteurs Organisation mondiale de la Santé (OMS). Classement OMS des grades de toxicité. Disponible sur www.respir.com/doc/abonne/pathologie/cancerbronchique/CBClassementOMSGra desToxicite.asp. (Consulté le 14/11/2014).
12. EssombaBiwole A, Ndam H, Mbango D, Mouelle Sone A. Profil épidémiologique anatomoclinique des maladies du centre d'oncologie de Douala. Une analyse sur neuf ans. *Clin Mother Child Health* 2009; **2**: 1117–1121.
13. Enow-Orock G, Mbu R, Ngowe N, Mboudou E, Tabung E, Ndom p *et al.* Gynecological cancer profile in Yaoundé population Cameroun. *Clin Mother Child Health* 2006; **1**:434–444.
14. WHO. Globocan 2012, estimated cancer incidence mortality an prevalence worldwide in 2012 In international agency of research on cancer. 2012. Disponible sur : www.hsph.harvard.edu/pgda/.../PGDA_WP_107. (Consulté le 13 mars 2014).
15. Nsangou M, Ongolo Zogo P. Facteurs socio culturels pour une détection précoce. *Bulletin d'informations sanitaires stratégiques /Cameroun* 2011; **2** : 3–4.
16. Caillaud Pierre. La fatigue et le cancer In Les Régionales de cancérologie. Disponible sur : http://www.trilogie-sante.com/pdf/fatigue_cancer. (Consulté le 14 Décembre 2014).
17. Ithimakin S, Srimumit V. Cancer anemia survey in Division of Medical Oncology at Siriraj Hospital (CAS). *J Med Assoc Thai* 2009; **2**:S110–118.
18. Eva Songue, Claudel Tagne, PrettyMbouyap, Paul Essomba, Roger Moyou –Somo. Epidemiology of Malaria in three Geo-Ecological Zones along the

- Chad-Cameroon Pipeline. *American Journal of Epidemiology and Infectious Disease* 2013; **4**: 27-33
19. Jerome E, Groopman O, Loretta M. Chemotherapy-Induced Anemia in Adults: Incidence and Treatment. *Journal of the National Cancer Institute* 1999; **19**: 234-268
20. Kamioner D, Aapro M, Cheze S, Deblock M, Deray G, Mayeur D. Recommandations pour l'utilisation de l'érythropoïétine et du fer injectable dans l'anémie chimio-induite. *Oncologie* 2011; **13**: 833-838.
21. Steensma DP. Phase III, randomized study of the effects of parenteral iron, oral iron, or no iron supplementation on the erythropoietic response to darbepoetinalfa for patients with chemotherapy-associated anemia. *J Clin Oncol* 2011; **29**:97-105
22. Seshadri T, Prince HM, Bell DR, Coughlin PB, James PP, Richardson GE *et al*. Australian Cancer Anaemia Study Group. The Australian Cancer Anaemia Survey: a snapshot of anaemia in adult patients with cancer. *Med J Aust* 2005; **9**:453-457.
23. Schiender M. L'anémie chez les patients français atteints de tumeurs solides. *Oncologie France* 2005; **5** : 397-402
24. Guardiola E, Morschhauser F, Zambrowski J-J, Antoine E-C. Management of anaemia inpatient with cancer: results of the F-ACT study (French Anaemia Cancer Treatment). *Bull Cancer* 2007; **10**:907-914.