



FAIT CLINIQUE

CANCERS GASTRIQUES EXTRALUMINAUX AU CNHU-HKM DE COTONOU

GASTRIC EXOPHITIC CANCERS AT CNHU-HKM OF COTONOU

DG GBESSI¹, FM DOSSOU², JL OLORY-TOGBE¹, P SOHOU², O GOUKODADJA¹,
KD MEHINTO¹, OK BAGNAN²

1 Clinique universitaire de chirurgie viscérale A, Centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga de Cotonou

2 Clinique universitaire de chirurgie viscérale B, Centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga de Cotonou

RÉSUMÉ

Les cancers gastriques occupent une place importante au sein des tumeurs du tube digestif. Les auteurs rapportent deux cas de tumeurs gastriques particulières par leur mode de découverte et leur inaccessibilité à l'endoscopie haute. Il s'agissait d'une femme et d'un homme âgés de 50 et 67 ans. L'examen histologique des deux pièces opératoires avait conclu à une tumeur stromale gastrique de bas grade de malignité et à un fibrosarcome gastrique.

Mots clés : cancer gastrique, endoscopie, laparotomie, découverte opératoire.

SUMMARY

Gastric malignancies are important within tumors of the digestive tract. The authors report two cases of gastric tumors that seem special for their mode of discovery and their inaccessibility to the upper endoscopy. It was about a woman and a man aged 50 and 67. Histological examination of surgical specimen had found stroma gastric tumor and gastric fibrosarcoma.

Key words: gastric cancer, endoscopy, laparotomy, operative discovery

Tirés à part

GBESSI Dansou Gaspard, Professeur Assistant de chirurgie viscérale, Chef de clinique, FSS / UAC. 01BP 188 Cotonou. Privé: BP 91 Womey Godomey Togoudo; Tél: (00229) 95962900; Email: gbessi1@yahoo.fr

INTRODUCTION

Avec une incidence estimée à 755.000 nouveaux cas par an, le cancer gastrique occupe le deuxième rang des cancers digestifs [1]. Il constitue un problème majeur de santé publique dans le monde entier. Dans les régions tropicales, ce cancer occupe une place importante au sein des tumeurs digestives et est caractérisé par un retard au diagnostic [2,3]. L'endoscopie digestive haute permet habituellement de visualiser la tumeur et d'en faire la biopsie pour déterminer le type histologique [1]. Nous rapportons deux cas de cancers gastriques, particuliers par leur mode de découverte car n'ayant pas été accessibles à l'endoscopie haute.

Observation n°1

Madame Y. R., âgée de 50 ans, était hospitalisée dans le service de chirurgie viscérale le 1er/04/10 pour une masse de l'hypochondre gauche qui évoluerait depuis trois (03) ans et serait suivie dans des centres de santé périphériques. L'évolution était marquée par une douleur au niveau de la masse associée à une anorexie, une asthénie et un amaigrissement important mais non chiffré. L'examen clinique à l'entrée révélait un état général altéré avec une cachexie, une pâleur des muqueuses palpébrales, une splénomégalie type II. Sur le plan biologique, il existait une anémie hypochrome microcytaire, une lymphopénie et une thrombocytose. L'échographie abdominale datant de deux mois et demi objectivait une hépatomégalie homogène et une splénomégalie multinodulaire avec nécrose du plus gros nodule. La fibroscopie haute n'avait pas objectivé de lésion tumorale gastrique. Une nouvelle échographie le 02/04/10 montrait un processus expansif qui occupait l'hypocondre gauche et l'épigastre, présentant une allure carcinomateuse avec des adénopathies du hile splénique. La tomодensitométrie abdominale du 04/05/10 montrait une masse hétérogène de la région caudale du pancréas d'allure suspecte. Aucun de ces examens n'avait pu préciser l'organe atteint.

Devant l'ambiguïté de ces résultats, une laparotomie exploratrice s'était révélée nécessaire. Elle objectivait une masse tumorale de 20 centimètres de grand axe, localisée dans l'arrière cavité de l'omentum et à développement exogastrique. Une gastrectomie partielle polaire inférieure emportant la tumeur avait été réalisée, suivie d'une anastomose gastro-jéjunale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu à une tumeur stromale gastrique de bas grade de malignité. Une chimiothérapie a été entreprise à base de IMATINIB (GLIVEC®). La patiente se porte bien, sans aucune plainte, après un recul de 16 mois.

Observation n°2

Monsieur W. Y. âgé de 67 ans, hypertendu connu et sous traitement adéquat, était hospitalisé sur rendez-vous le 26/07/10 pour une masse étendue de l'hypochondre gauche à l'épigastre avec des douleurs intermittentes irradiant dans le dos, évoluant depuis un an environ, accompagnées d'une asthénie, d'une anorexie et d'un amaigrissement important : perte de 25 kg en deux mois. L'état général était altéré à l'entrée avec une cachexie et une pâleur des muqueuses palpébrales. L'épigastre et l'hypochondre gauche étaient occupés par une masse ovoïde de 15 centimètres de grand axe, fixée au plan profond, douloureuse, de consistance ferme, à surface irrégulière. Il existait une splénomégalie de type II. La fibroscopie haute n'objectivait pas de lésion tumorale gastrique. A l'examen biologique, il y avait une anémie hypochrome microcytaire et une hyperleucocytose à prédominance neutrophile. L'échographie abdominale montrait un processus expansif tissulaire inter-spléno-rénal gauche de 75,8 mm x 60,9 mm évoquant une tumeur surrénalienne ou une tumeur du cortex rénal gauche; un nodule hépatique hypoéchogène mesurant 20,5 mm de grand axe. La tomодensitométrie trouvait une masse hétérogène en rapport étroit avec la queue du pancréas et hésitait entre une tumeur du pancréas et une tumeur de l'estomac. Une laparotomie exploratrice a été réalisée le 03/08/10. Elle avait permis de découvrir une volumineuse tumeur développée aux dépens de la face postérieure de l'estomac. Cette tumeur s'ouvrait dans l'estomac par un anneau d'environ 5 cm de diamètre. Une gastrectomie partielle polaire inférieure des ¾ emportant la tumeur avec anastomose gastro-jéjunale avait été réalisée associée à une spléno-pancréatectomie corporéo-caudale. A l'examen anatomopathologique, il s'agissait d'un fibrosarcome gastrique. Les suites opératoires étaient marquées par une anémie décompensée suivie du décès du patient au quatrième jour postopératoire.

DISCUSSION

Les tumeurs gastriques à développement extraluminal sont de diagnostic clinique et paraclinique difficiles. La laparotomie exploratrice permet le diagnostic d'organe atteint et l'examen anatomopathologique précise la nature histologique de la pièce opératoire. Le cancer gastrique occupe le 1er rang des cancers digestifs à Cotonou [2]. L'endoscopie digestive haute est l'examen paraclinique de choix qui aide au diagnostic avec une sensibilité de 70 à 100% selon les cas [4,5]. Les cancers gastriques surviennent souvent à partir de la 6ème décennie sans prédominance dans un sexe [2,6]. Par contre pour Bagnan K O et al [7], Ouattara H [8], Sawadogo A et al [9], ils surviennent à partir de la

5ème décade. Chacun de nos cas se range dans l'un ou l'autre groupe. Ces chiffres font dire que le cancer gastrique survient rarement avant 40 ans.

Les manifestations cliniques sont les épigastralgies, l'amaigrissement et l'anémie [2]. L'asthénie, l'anorexie, la masse épigastrique sont également associées [7]. Des difficultés diagnostiques peuvent s'observer lorsque la tumeur est pédiculée ou à développement extraluminal puisque l'endoscopie peut être normale ainsi qu'en cas de tumeur intramurale ou sous-séreuse [6]. Les deux cas rapportés sont comparables à ceux de Rajaonahary TMA et al [6] : les tumeurs ne sont pas retrouvées par l'endoscopie digestive haute car développées hors de la cavité gastrique et localisée dans l'hypochondre gauche. Les tumeurs à développement extraluminal sont donc inaccessibles à l'endoscopie. L'échographie pourrait retrouver une masse épigastrique, hétérogène [6]. Ce n'était pas le cas dans les observations rapportées où les images échographiques n'avaient pas de rapport précis avec l'estomac. L'échoendoscopie permet de différencier les compressions extrinsèques des tumeurs intrapariétales [10]. Elle aurait pu, dans les cas décrits

identifier une compression extrinsèque mais elle n'est pas réalisée dans notre pratique faute d'équipement. La tomодensitométrie abdominale qui aurait pu orienter vers l'origine gastrique en montrant un épaississement de la paroi, montrait plutôt dans les deux cas, une masse en rapport étroit avec le pancréas. La clinique et la paraclinique ayant été peu contributives, seule la laparotomie exploratrice a permis de faire le diagnostic de tumeurs gastriques chez nos patients. La gastrectomie polaire inférieure dont ils ont bénéficié est justifiée car selon les travaux de Gouzi IJ et al, la gastrectomie totale dite de principe comporte une mortalité immédiate lourde [11].

CONCLUSION

La fibroscopie oesogastrique ne permet pas le diagnostic de tumeur gastrique à développement extraluminal. Les autres moyens d'explorations diagnostiques comme la tomодensitométrie à notre disposition au Bénin ont montré leur limite face à la laparotomie exploratrice qui demeure encore un outil indispensable dans notre pratique.

REFERENCES

- 1- DIARRA M, DIARRA A, DOLO M, KAMATE B, D'HORPOCK AF. Étude clinique, endoscopique, anatomo-pathologique et pronostique des cancers de l'estomac en milieu rural. *Acta Endoscopica* 2005;35(2):233-8.
- 2- KOFFI E, KOUASSI JC. Le cancer gastrique : Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu tropical. *Med AfNoire*: 1999; 46(1):52-5.
- 3- PEKO JE, IBARA JR, DANGOU JM, GOMBE MBALAWA C. Profil histo-épidémiologique de 375 cancers digestifs primitifs au CHU de Brazzaville. *Med Trop* 2004; 64(2):168-70.
- 4- FUCHS CS, MAYER RJ. Gastric carcinoma. *N Engl J Med* 1995;333:32-4.
- 5- SMITH JW, BRENNAN MF. Surgical treatment of gastric cancer: Proximal, mild and distal stomach. *Surg Clin North Am* 1992;72:381-99.
- 6- RAJAONANAHARY TMA, RAMBEL AH, RAKOTOVVAO M, TSITOHERY F, SAMISON LH, RAKTO-RATSIMBA HN, GIZY RD. Un cas de léiomyome gastrique de découverte fortuite. *Rev Trop Chir* 2009; 3:61-2.
- 7- BAGNAN KO, PADONOU N, KODJOH N, HOUANSOU T. Le cancer de l'estomac : A propos de 51 cas observés au CNHU de Cotonou. *Med AfNoire* 1994; 41(1):39-43.
- 8- OUATTARA H, SAWADOGO A, ILBOUDO PD, BONKOUNGOU B, OUATTARA T, SAWADOGO AB, MLOGO A, YAMEOGO I. Le cancer de l'estomac au centre hospitalier national Sanou Sourou (CHNSS) de Bobo Dioulasso : Aspects épidémiologiques. A propos de 58 cas de janvier 1996 à juin 1999. *Med AfNoire* 2004; 51(7):423-5.
- 9- SAWADOGO A, ILBOUDO PD, DURAND G, PEGHINI M, BRANQUET D, SAWADOGO AB, OUEDRAOGO I. Épidémiologie des cancers du tube digestif au Burkina Faso : Apport de 8000 endoscopies effectuées au centre hospitalier national Sanou Sourou (CHNSS) de Bobo Dioulasso. *Med Af Noire* 2000;47(7):342-5.
- 10- COTTE L, SOUQUET JC, VALETTE PJ, BERGER F, BOULEZ J, CHAYVIALLE JA. Tumeurs musculaires gastriques : apport de l'endosonographie. *Gastroenterol Clin Biol* 1989;13:847-8.
- 11- GOUZI I J, HUGUIER M, FAGNIEZ P. Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum: a french prospective controlled study. *Ann Surg* 1989; 209:162-6.