Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

La chirurgie des tumeurs primitives du grêle dans un contexte d'urgence : à propos de 13 cas à Ndjamena

Primary small bowel tumor surgery in an emergency context: about 13 cases in Ndjamena

BM Kaimba*[1], DA Seid[1], H Pierre[1]

Résumé

Dans nos régions, les cancers de l'intestin grêle sont le plus souvent découverts en per opératoire, dans un contexte d'urgence de chirurgie viscérale.

But de l'étude : décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des tumeurs du grêle opérées en urgence au niveau de notre service.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, à collecte des données rétrospective, menée (de janvier 2014 à Décembre 2018) au service de chirurgie viscérale de l'hôpital de la Renaissance de Ndjamena.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, les antécédents, les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique, les données des explorations para cliniques, le traitement et le suivi postopératoire.

Résultats : 13 patients étaient concernés (8 hommes et 5 femmes) et ont été admis dans un tableau d'urgence chirurgicale (8 cas d'occlusion intestinale aigüe et 5 cas d'hémorragie digestive massive). L'âge moyen était de 35 ans.

La tomodensitométrie abdominale a permis le diagnostic pré opératoire chez 3 patients.

Tous les patients ont été opérés en urgence, par laparotomie médiane.

Une exérèse du cancer (avec une marge distale et proximale d'au moins 5 cm associée à une exérèse en bloc du mésentère attenant) avec anastomose immédiate grèlo-grèlique ont été réalisées. Toutes les résections étaient de type R0.

L'histologie est dominée par les tumeurs stromales (7 cas) et les tumeurs neuroendocrines (5cas). La survie à 5 ans est de 78%.

Conclusion : diagnostiqué au stade de complications, le traitement des tumeurs du grêle est chirurgical.

Mots-clés : Cancer- intestin grêle – urgence – Résection segmentaire, Tchad.

Abstract

In our regions, cancers of the small intestine are most often discovered intraoperatively, in the context of emergency abdominal surgery.

Aim of the study: describe the epidemiological,diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of small bowel tumors operated

urgently in our department
Methodology: This was a descriptive cross-sectional study, with retrospective data collection, conducted (from January 2014 to December 2018) in the visceral department of the Renaissance Hospital in Ndjamena. The parameters studied were the age, the history, the data of the interrogation and the clinical examination, the data of the paraclinical explorations, the treatment and the postoperative follow-up.
Results: 13 patients were concerned (8 men and 5 women) and were admitted in a surgical emergency table (8 cases of acute intestinal obstruction and 5 cases of massive gastrointestinal bleeding. The average age was 35 years old.
Abdominal computed tomography allowed the preoperative diagnosis in 3 patients.
All patients were operated on urgently by midline laparotomy.
Excision of the cancer (with a distal and proximal margin of at least 5cm associated with excision of the adjoining mesentery) with immediate grelo-grelic anastomosis was performed. All resections were R0 type. Histology is dominated by stromal tumors (7 cases) and neuroendocrine tumors (5 cases). The 5-year survival is 78%.
Conclusion: often diagnosed at stage of complications, the treatment of small bowel tumor is almost exclusively surgical.
Keywords: cancer- small intestine-emergency-segmental resection, Chad.

Introduction

Si dans le monde occidental, l'évolution croissante des moyens d'explorations du grêle (entéroscanner, entéro-imagerie par résonance magnétique [IRM]), vidéocapsule, entéroscopie totale double ballon) permet aujourd'hui la détection préopératoire précoce des lésions, le cancer de l'intestin grêle, caractérisé par une absence de signe clinique spécifique, est souvent découvert dans nos pays au cours d'une laparotomie d'urgence imposée par un tableau abdominal aiguë [1,2].

Nous avons mené cette étude au niveau du service de chirurgie viscérale de l'hôpital de la Renaissance de Ndjamena, dont le but était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des tumeurs du grêle admis un contexte d'urgence chirurgicale abdominale au niveau de notre service.

Méthodologie

Type et Population d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à collecte des données rétrospective, menée de janvier 2014 à janvier 2019 dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital de la Renaissance de Ndjamena et portait sur tous les patients opérés en urgence pour tumeurs primitives du grêle

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients opérés pour cancer en urgence pour tumeurs primitives du grêle pendant cette période.

Critères d'exclusion et de non-inclusion

Nous avons exclu de l'étude, les patients opérés en urgence pour tumeurs primitives du grêle pendant cette période avec dossiers médicaux incomplets, les patients opérés en urgence pour tumeur du duodénum.

Les paramètres étudiés étaient :

L'âge, les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique, les données des explorations para cliniques, le traitement et le suivi postopératoire.

Une même équipe chirurgicale a réalisé toutes les opérations.

La préparation du patient a commencé par une mise en condition du malade (Pose d'une voie de perfusion veineuse, d'une sonde naso-gastrique et d'une sonde vésicale) et par une rééquilibration hydro électrolytique en fonction du bilan biologique.

Critères de jugement :

Nous avons considéré comme cancer de l'intestin grêle, toute tumeur primitive développée aux dépends de la paroi du jéjunum ou de l'iléon et qui a suspecté par les examens de l'imagerie ou les découvertes

peropératoires et dont le diagnostic de cancer a été posé par les données de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

Résultats

Notre étude a porté sur 13 patients dont 8 hommes et 5 femmes ;

L'âge moyen était de 33 ans avec des extrêmes de 40 et 81 ans. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 40 à 60 ans.

Les tumeurs primitives du grêle pris en charge en urgence représentaient 0,6% des cancers digestifs.

Les circonstances de découvertes ont été l'occlusion intestinale aigüe dans 62,2% des cas et les hémorragies digestives dans 38,7%.

Le scanner thoraco-abdominopelvien a servi au diagnostic de siège d'invaginations ileo-iléales dans 9cas.

Pour ce qui est des découvertes opératoires, on a dénombré **9 cas d'invaginations iléo-iléales, 3 cas de tumeurs jéjunales et 1 cas de tumeurs occlusives (valvule iléocæcale);**

12 résections intestinales segmentaires passant au large de la tumeur, emportant (le mésentère adjacent et les ganglions satellites), suivies d'anastomose intestinale termino-terminale jejuno-jejunale ou iléo-iléale selon localisation.

1 colectomie droite emportant un segment iléal terminal d'environ 80 cm, complétée par un curage ganglionnaire et anastomose iléo-coliques, devant une localisation au niveau de la valvule iléo-caecale.

Le type histologique est dominée par les tumeurs stromales (54%) et les tmeurs neuroendocrines (38%).

Aucune chimiothérapie n'a été effectuée au cours de l'étude.

Le délai de suivi des patients était de 5 ans.

2 patients (29,6%) ont été perdus de vue,

10 patients (20,4%) traités, ont été déclarés guéris

1 patient décédé.

La morbidité opératoire intéresse 5 patients dont 2 suppurations pariétales, 2 éventrations postopératoires et 1 récidive tumorale avec carcinos péritonéale

La survie à 5 ans était de 70% (cette survie à 5 ans est inférieure à 30% pour les adénocarcinomes du grêle* car le stade au moment du diagnostic est le plus souvent avancé)

La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire a été de 16,3 jours.

Le nombre de 12 ganglions réséqués était atteint dans tous les cas

Discussion

En Afrique subsaharienne, les différentes études réalisées dans les grands centres hospitaliers urbains rapportent que les cancers primitifs de l'intestin grêle représenteraient entre 1 et 6% des cancers digestifs [3]. Certains facteurs environnementaux et alimentaires (viande rouge, aliments fumés ou séchés, le tabac), les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, l'obésité et les prédispositions génétiques, comme le syndrome de Lynch, la polypose adénomateuse familiale ou le syndrome de Peutz-Jeghers augmenteraient le risque de survenue du cancer de l'intestin grêle [4]. Les tumeurs primitives de l'intestin grêle sont caractérisées par une hétérogénéité anatomopathologique avec au total une quarantaine de types histologiques décrits dans la littérature mais d'une façon générale, cette tumeur est considérée comme grave en raison notamment du diagnostic difficile et tardif [1,5]. L'adénocarcinome du grêle est la plus fréquente des tumeurs primitives du grêle en France devant les tumeurs endocrines, les lymphomes ou les tumeurs stromales [6]. Des données récentes montrent que les tumeurs endocrines sont plus fréquentes que les adénocarcinomes aux USA [7].

La tumeur stromale et les tumeurs neuroendocrines ont été les types histologiques les plus rencontrés au cours de cette étude.

Le tableau d'occlusion intestinale, mode de révélation fréquemment cité par la plupart des auteurs, était la principale circonstance de découverte de la maladie, au cours de cette étude [8].

Par contre en Europe, l'hémorragie digestive est

un tableau clinique fréquent dans les tumeurs du grêle [9]. L'hémorragie digestive a été la deuxième circonstance de découverte de la maladie au cours de l'étude.

Le diagnostic de tumeurs du grêle se fait souvent dans nos régions dans un contexte de chirurgie d'urgence abdominale et sa prise en charge est adaptée aux particularités morphologiques et évolutives de chaque type tumoral [1,10]. La chirurgie demeure la principale thérapeutique de base des cancers de l'intestin grêle localisés et consiste en une résection tumorale passant au large de la tumeur, complétée par l'exérèse ganglionnaire du mésentère adjacent [11]. Cependant quant à l'ampleur de la résection chirurgicale, il existe des nuances qui sont fonction du type histologique. Ainsi, dans les adénocarcinomes et les tumeurs neuroendocrine du jéjunum et de l'iléon certains auteurs préconisent une résection qui emporte aussi les ganglions lymphatiques du mésentère attenant à la tumeur (curage) alors que dans les tumeurs stromales, une résection segmentaire avec des marges saines et emportant la pseudo capsule tumorale suffirait largement (car les GIST ne métastasent que rarement vers les ganglions lymphatiques locorégionaux et les récidives ganglionnaires sont exceptionnelles) [5, 12]. Ne pratiquant d'examen anapath extemporané dans notre centre, la résection de la tumeur avec résection du mésentère et des ganglions lymphatiques adjacents a été généralement adoptée au cours de l'étude.

La morbidité était dominée dans notre étude par la survenue de suppuration pariétale et d'éventrations postopératoires et nous n'avons enregistré aucun décès. Ayité au Togo signale 2 cas de suppuration pariétale avec une mortalité opératoire nulle [1].

La chimiothérapie et la radiothérapie n'améliorent pas le pronostic des résections curatives et trouvent leur intérêt seulement en cas de lésion inextirpable, ou en complément de la chirurgie dans les sarcomes, les lymphomes ou dans les tumeurs neuroendocrines avec syndromes carcinoïdes [11].

Dans la littérature, le pronostic est fonction du type histologique, des marges de résection, de l'atteinte ganglionnaire, du stade tumoral et de la différenciation des cellules tumorales [13].

La survie à 5 ans était de 70% au cours de cette étude. Ce taux de survie est corrélé au type histologique de la tumeur primitive du grêle. Ainsi, les tumeurs neuroendocrines sans signe de syndrome carcinoïde ont des taux de survie élevés, parfois jusqu'à 90% à 5 ans [14]. L'adénocarcinome de l'intestin grêle a un mauvais pronostic, avec une survie à 5 ans inférieure à 30% et une survie médiane de 19 mois [15]. Les sarcomes ont un taux de survie à 5ans de 14% contre un taux de 20 à 25% pour les lymphomes [1].

Conclusion

La chirurgie est le pivot du traitement des tumeurs primitives du grêle. Le rôle de la chimiothérapie est encore à déterminer. Le pronostic est fonction du stade de la maladie, du type histologique.

Répartition des taches : Kaimba Bray (auteur) Seid Dounia Akouya (auteur) Eric Doumtol (collecte des données et traitement statistiques)

***Correspondance**

KAIMBA Bray Madoué

kaimbaromeo@yahoo.fr

Disponible en ligne : 22 Septembre 2023

1 : Service de chirurgie ; 2:

2 : Service de médecine interne. Hôpital de la Renaissance Ndjamena – TCHAD

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Ayité A, Dosseh E, Etey K, Senah K,Napo-Koura K, James K. Les cancers de l'intestin grêle au CHU de Lomé

(Togo) : à propos de 8 cas observés en 10 ans. Méd Afr noire 1996, 43 (10) :533-7

[2] Mathias J, Bruot O, Ganne PA, Laurent V, Regent D. Tumeurs du grêle. Tumeurs du grêle. EMC (Elsevier Masson SAS,Paris), Radiologie médicale-abdominale,33-335-A-10,2010 –

[3] ouedraogo S, Ouedraogo Sa, Kambiré JL, Berre B. Cancers primitifs de l'intestin grêle : épidémiologie, diagnostic et traitement dans un contexte de ressources limitée Rev int sc méd Abj 2022;24,1:63-9.

[4] Alves Junior AJT, Romero Machuca ME, Ribeiro RG, Garisto AM, de Oliveira LH, Malignant Small Bowel Tumor - Case Series and Literature Review. Colorec Cancer 2018;4(1):1-5

[5] Reynolds I, Healy P, Mcnamara AD. Malignant tumours of the small intestine .The surgeon 2014 :263-270

[6] Lepage C, Bouvier AM, Manfredi S, Dancourt V, Faivre J. Incidence and management of primary malignant small bowel cancers: a well-defined French population study. Am J Gastroenterol 2006;101:2826-32

[7] Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, Ko CY, Bennett CL, Talamonti MS Small bowel cancer in the United States: changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years. Ann Surg. 2009; 249(1):63-71

[8] Mellouki I Les tumeurs du grêle : à propos de 27 cas. Pan Afr Méd J 208,30 :13-9

[9] Ngowe Ngowe M*, Essomba A*, Angwafo III F*, Binam F**, Sosso A.M. Les tumeurs de l'intestin grèle à l'hopital vgénéral de Yaoundé : à propos de 10 cas. Méd Afr Noire 2001 - 48 (12) :491-5

[10] David A, Frampas E Tumeurs de l'intestin grêle EMC (Elsevier Masson SAS,Paris), Radiologie médicale-abdominale,33-335-A-10,2018

[11] Raharisolo Vololonantenaina CR, Dina TJN, Ravalisoa A. Un cancer peu fréquent : celui de l'intestin grêle. A propos de 25 cas diagnostiqués à l'Institut Pasteur de Madagascar de 1992 à 2001 Arch Inst Pasteur de Madagascar 2003; 69 (1&2) : 82-86

[12] Maglinte DD, OÇonnor K, Bessette J, Chernish SM, Kelvin FM .The role of the physician in the late diagnosis of primary malignant tumors of the small intestine. Am J Gastroenterol 1991; 86: 304-308.

[13] Weiss NS, Yang CP. Incidence of histologic types of cancer of the small intestine. J Nat Cancer Inst 1987, 78: 653-656.

[14] Rorstad O. Prognostic indicators for carcinoid neuroendocrine tumors of the gastrointestinal tract. J Surg Oncol. 2005; 89(3):151-60.

[15] Hatzaras I, Palesty JA, Abir F, Sullivan P, Kozol RA, Dudrick SJ, Longo WE. Small-bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the connecticut tumor registry. Arch Surg 2007;142:229-235 .

Pour citer cet article :

BM Kaimba, DA Seid, H Pierre. La chirurgie des tumeurs primitives du grêle dans un contexte d'urgence : à propos de 13 cas à Ndjamena. Jaccr Africa 2023; 7(3): 296-300