

Les tumeurs du pancréas : notre expérience au CNHU-HKM de Cotonou

Tumors of the pancreas: our experience at Cotonou HKM-University teaching hospital

Olory-Togbe J-L*, Gbessi DG*, Dansou D*, Akele-Akpo MT, Hountche F.

RESUME

But : présenter notre expérience sur le plan du diagnostic et de la prise en charge des tumeurs du pancréas (TTP).

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur une période de 10 ans en chirurgie viscérale au CNHU-HKM de Cotonou.

Résultats : 59 cas de tumeurs du pancréas ont été recensés, soit 0,81% des hospitalisations de cette période. La majorité des tumeurs soit 96,61% (n=57) étaient solides et deux kystiques toutes suspectes de malignité. L'âge moyen des patients était de 59 ans. La sex-ratio était de 1,3. Le motif de consultation a été un ictère rétionnel car dans une grande majorité de cas (95%), les tumeurs sont localisées à la tête. La consommation d'alcool était le 1^{er} facteur de risque retrouvé (37 cas). Le tableau clinique était dominé par les signes de cholestase, une altération de l'état général (89,18%), une hépatomégalie associée à une grosse vésicule biliaire (48,64%) et une masse abdominale (51,35%). L'échographie abdominale a permis le diagnostic dans 77,96% des cas et le scanner dans 94,91% des cas. Le taux d'opérabilité était de 80%. Une duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) a été réalisée dans deux cas (4,25%) et une spléno pancréatectomie caudale chez 1 patient (2,13%). La chirurgie a été le plus souvent palliative consistant en une dérivation biliaire simple dans 76,59%, ou en une double dérivation biliaire et digestive dans 8,51%. Le diagnostic histologique a été

posé dans 79,66% (n=47) cas après DPC ou biopsies per-opératoires.

Conclusion : Le diagnostic des tumeurs du pancréas est souvent tardif. La preuve histologique ne se fait que chez des patients opérables. Le pronostic à moyen et à long terme reste mauvais.

Mots-clés : tumeurs du pancréas, diagnostic, traitement.

SUMMARY

Object: relate our experience about diagnosis and therapy of tumors of the pancreas in CNHU-HKM Cotonou.

Method: it is a retrospective, descriptive and analytical study, covering the period of January 2000 to December 2009. Were included patients in whom diagnosis of TP was selected.

Results: 59 cases of tumors of pancreas have been identified or 0.81% of hospitalizations in this period. Majority of tumors (96.61%) (n = 57) were solid and two tumor were cystic all suspicious of malignancy. Average age of patients was 59 years. Sex ratio was 1.3. The reason for consultation was obstructive jaundice as 95% locations of tumor are in pancreas head. Alcohol consumption was the most risk factor (37 cases).

Clinical picture was dominated by cholestasis signs, impaired general condition (89.18%), hepatomegaly associated with a large biliary vesicle (48.64%) and

xxxxx

Correspondance et tirés à part : Dr J-L Olory-Togbé 01 BP 728 Cotonou Bénin
Courriel : joloryt@hotmail.com

abdominal mass (51.35%). Abdominal ultrasound was diagnosed in 77.96% and 94.91% in the scanner case. The operability rate was 80%. A pancreaticoduodenectomy (PD) was performed in two cases (4.25%) and one case of splenopancreatectomy (2.13%).

Surgery was most often palliative (bypass biliary singles 76.59%, double bypass and digestive bile in 8.51%. The

histological diagnosis was raised in 79.66 cases (n=47) after DPC or intraoperative biopsies.

Diagnosis of pancreas tumors is often made at a late stage. Histologic evidence of cancer is only made in patients after surgery. The prognosis in the medium and long term remains poor.

Keywords: pancreas tumor- diagnosis-treatment.

INTRODUCTION

Malgré les progrès constants des techniques d'imagerie, les tumeurs du pancréas restent de diagnostic précoce difficile en raison du caractère profond du pancréas [1]. Dans les pays en voie de développement ce retard est encore plus important et la plupart des patients sont vus au moment où les complications compressives biliaire et digestive sont franches.

Le but de cette étude est de faire le point de la situation des tumeurs du pancréas en chirurgie viscérale au CNHU-HKM de Cotonou en particulier sur leurs aspects diagnostiques et thérapeutiques.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale A et B du CNHU-HKM de Cotonou sur une période de 10 ans (1er janvier 2000 au 31 Décembre 2009). L'échantillon a comporté de façon exhaustive tous les patients hospitalisés pour tumeur du pancréas durant la période étudiée. Les dossiers dans lesquels l'hypothèse diagnostique de tumeur du pancréas n'a été confirmé ni à l'échographie ni au scanner ou en per opératoire, ont été exclus. Les données ont été enregistrées à l'aide d'une fiche de dépouillement conçue à cet effet et analysées par l'outil informatique à l'aide de logiciel Epi info 3.4.3.

RESULTATS

Au total 59 cas de tumeurs du pancréas ont été recensés au cours de la période d'étude pour 7252 hospitalisations soit une fréquence hospitalière de 0,81%.

L'âge moyen des patients était de 59 ans avec les extrêmes de 35 et 82 ans. On note 33 hommes pour 26 de femmes soit une sex-ratio de 1,3. Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la première consultation était de 3 mois avec des extrêmes de 1 et 11 mois

Retrouvée dans 62,71% (n=37) des cas, la consommation d'alcool était le plus fréquent des facteurs de risque suivie du tabagisme observé dans 42,37% des cas (n=25).

L'ictère premier motif de consultation était de type rétionnel et s'accompagnait d'un prurit dans 91,52% des cas (n=54). Une douleur abdominale était observée dans près de 75% des cas. A l'admission, l'état général dans 90% des patients (n=53) était altéré (performans statut ≥ 5). A l'examen physique la loi de Courvoisier Terrier associant grosse vésicule biliaire palpable et ictère rétionnel était vérifiée dans 64,48% (n=36) des tumeurs de la tête. La tumeur était palpable dans 71% des cas.

Le bilan biologique a permis de confirmer la cholestase dans tous les cas de tumeurs de la tête et de noter une hypoprothrombinémie dans 59,45% des cas, nécessitant l'administration parentérale de vitamine K1 et concluant à un Test de Köhler positif.

L'échographie a permis le diagnostic de tumeur du pancréas dans 77,96% des cas (n=46) et le scanner abdominal a retrouvé une tumeur du pancréas dans 94,91 % des cas (n=56). 57 tumeurs du pancréas étaient solides et suspectes de malignité, 2 tumeurs étaient kystiques.

La localisation de la tumeur à la tête était retrouvée chez 56 patients, chez 2 patients cette localisation était au corps et chez un seul à la queue. A l'examen clinique, 80% des patients (n=47) étaient au stade IV de la classification TNM. Les deux seuls cas d'aspect macroscopique faisant évoquer un kyste de la tête du pancréas et qui ont eu une évolution rapidement défavorable étaient des cystadénocarcinomes. L'adénocarcinome est la forme histologique retrouvée chez les 45 autres patients après l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires

chez trois patients et prélèvements biopsiques peropératoires chez les 42 autres. Les 12 patients qui n'ont pu être opérés n'ont pas eu de confirmation histologique.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical adapté à leur état. Ce traitement est essentiellement fait de rééquilibration hydro-électrolytique, d'antalgique et parfois d'administration parentérale de vitamine K1.

Quarante sept patients ont été opérés soit un taux d'opérabilité de 80 %. Six étaient sortis contre avis médical avant la décision opératoire et les 6 autres présentaient un état général très précaire contre-indiquant toute intervention chirurgicale.

La majorité des opérés (n=36) soit 76,5% a bénéficié d'un traitement palliatif par dérivation biliaire consistant en une cholédoco-duodénostomie chez 31 patients et en une cholédoco-jéjunostomie chez les 5 autres.

Une double dérivation biliaire et digestive a été réalisée chez 4 patients. La duodénopancréatectomie céphalique a été le traitement à visée curative réalisée chez 2 patients, 1 patient dont la tumeur était localisée à la queue a bénéficié d'une spléno pancréatectomie caudale (SPC). Le taux de résécabilité dans notre étude est de 6%.

Les suites opératoires immédiates ont été simples pour 38 patients soit 81% des cas. Dans 19% des cas (n=9) des complications post-opératoires ont été enregistrées et dominées par des fistules biliaires anastomotiques (5 cas). Les autres complications ont été une anémie, un hémopéritoine, une encéphalopathie hépatique et une hémorragie digestive.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 25 jours avec des extrêmes de 7 et 74 jours.

Une majorité des patients (n=33) était perdue de vue après leur sortie. Seulement 26 patients ont été suivis. A 1 an la survie était de 8% (5 cas), et nulle à 5 ans.

DISCUSSION

Les limites de cette étude sont liées à l'absence de confirmation de la nature histologique chez les 12 patients non opérés. Les prélèvements biopsiques écho-guidés ou scan guidés [2] ne se faisant pas par insuffisance de notre plateau technique.

La fréquence hospitalière de 0,81% dans notre série confirme la faible fréquence des tumeurs de la tête du pancréas en Afrique tropicale par rapport aux pays industrialisés [1, 3, 4]. Le manque de moyens modernes de diagnostic et l'insuffisance voire l'absence de structures sanitaires adéquates peuvent expliquer cela. Nous notons cependant une fréquence plus élevée de ces tumeurs dans

les régions sahéliennes [5, 6] où la consommation de tabac est plus importante que dans notre pays.

L'âge moyen de 59 ans retrouvé dans notre étude est en dessous de 64 ans rapporté par DELPERO JR et al en France en 2010 [1] mais pareille à celui rapporté par SANOGO ZZ et al. au Mali [5] et MBENGUE M et al au Sénégal [7] qui avaient trouvé respectivement 58 et 59 ans. Les tumeurs du pancréas constituent donc une pathologie du sujet de la cinquantaine [3]. La prédominance masculine retrouvée dans notre étude a été également rapportée par plusieurs autres auteurs [6, 8]. Les principaux facteurs que sont le tabagisme et l'alcoolisme [8, 9] s'observant le plus souvent chez l'homme que chez la femme. De plus, le rôle de la testostérone a été évoqué comme facteurs de risque chez l'homme [10].

L'ictère retrouvé chez la majorité des patients pose souvent un problème de diagnostic étiologique. L'association de prurit cutané, des selles décolorées, des urines foncées, d'amaigrissement et d'une grosse vésicule biliaire orientent le diagnostic vers l'obstruction du bas cholédoque par tumeur de la tête du pancréas [11]. L'altération de l'état général, une hépatomégalie nodulaire, une masse épigastrique palpée, la présence d'un ganglion de Troisier et d'une ascite ne devraient faire aucun doute sur le caractère malin de ces tumeurs et leurs observations chez plus de la moitié de nos patients témoignent de l'importance de l'extension locorégionale et à distance avant leurs prise en charge dans notre milieu. Plusieurs d'autres auteurs ont décrits les mêmes caractéristiques cliniques [12, 13, 14].

L'échographie abdominale permet le diagnostic de tumeur du pancréas dans la plupart des études. Le scanner permet non seulement de faire le diagnostic mais aussi de faire le bilan d'extension avec une sensibilité plus grande [6, 15].

L'adénocarcinome est la forme histologique la plus fréquente [16]. Dans l'étude de DELPERO JR et al. [1], le diagnostic de tumeur maligne avaient été confirmé à l'examen anatomo-pathologique en préopératoire après ponction écho-guidée dans 38% des cas et dans 100% des cas en postopératoire après exérèse tumorale [1].

La chirurgie demeure la base du traitement des tumeurs du pancréas. Le but de la chirurgie palliative est de supprimer la rétention biliaire et une éventuelle sténose digestive afin de prévenir une angiocholite et le risque de dénutrition sévère. Cette chirurgie palliative qui consiste chez plusieurs auteurs [15, 16] à la réalisation d'une anastomose cholédoco-duodénale devant le caractère inextirpable des tumeurs. La dérivation digestive qui n'est

réalisée qu'en présence d'une obstruction duodénale dans notre étude est pour SHYR YM et al. [17] au Japon et plusieurs autres auteurs [1, 18, 19] une méthode prophylactique nécessaire dans tous les cas pour éviter le risque élevé d'obstruction duodénale.

La chirurgie curative des cancers du pancréas étant une intervention très lourde, l'état général précaire des patients et la difficulté de la réanimation per et postopératoire limitent cette intervention dans le contexte africain [5, 6, 8, 15].

Globalement, la morbidité de la chirurgie pancréatique palliative ou curative est liée aux complications des anastomoses. Le taux de fistules demeure élevé de 25 à 50% dans la littérature [18].

La survie dans notre étude, difficile à apprécier à cause du nombre important de perdu de vue, est d'environ 8% à 1 an et nulle à 5 ans. Ces résultats sont loin de ceux retrouvés dans les séries européennes où la survie à 5 ans varie entre 3 et 7% toute chirurgie confondue et à 10% après résection tumorale aux stades 1 et 2 [16, 19].

CONCLUSION

La fréquence des tumeurs du pancréas au CNHU de Cotonou est relativement faible. Les hommes sont plus concernés et l'âge moyen est de 59 ans. Le principal motif de consultation est l'ictère rétionnel. Le diagnostic de cancer se fait essentiellement sur la base d'une forte suspicion clinique soutenue par l'échographie, parfois le scanner et la laparotomie chez les patients opérables. L'adénocarcinome est la forme histologique retrouvée généralement après examen anatomo-pathologique des pièces opératoires ou des biopsies réalisées en peropératoire. La prise en charge chirurgicale est dominée par une dérivation biliaire cholédo-co-duodénale palliative. Le pronostic à court et moyen terme est mauvais.

REFERENCES

1. DELPERO JR, PAYE F, BACHELLIER P. Cancer du pancréas. Monographie de l'AFC. Wolters Kluwer France 2010 ; 4 : 62-73.
2. MATSUBARA J, OKUSAKA T, MORIZANE C, IKEDA M, UENO H. Ultrasound-guided percutaneous pancreatic tumor biopsy in pancreatic cancer: a comparison with metastatic liver tumor biopsy, including sensitivity, specificity, and complications. *J Gastroenterol* 2008; 43: 225-32.
3. NDJITTOYAP N, MBEKOP A, TZEUTON C. Cancer du pancréas au Cameroun : Etude épidémiologique et anatomo-clinique. *Médecine d'Afrique Noire* 1990; 37(3):112-3.
4. FAÏK M, HALHAL A, OUDANANE M. Cancer de la tête du pancréas au stade d'ictère à propos de 38 cas. *Médecine du Maghreb* 1998; 72: 6-8.
5. SANOGO ZZ, YENA S, DOUMIBA D, OUATTARA MO, MONTA AK, SIDIÈBE S et al. Cancer du pancréas céphalique : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à Bamako. *Mali Médical* 2007 ; 12(2) : 32-8.
6. TAKONGMO S, NIRO'AMVENE S, BIRWOLE ML. Une démarche diagnostique des cancers du pancréas exocrine en milieu tropical. *Médecine d'Afrique Noire* 1994 ; 41(1) : 56-9.
7. MBENGUE M, KA MM, DIOUF ML, KA EF, POUYE A, DANGOU JM et al. Apport de l'échographie dans l'épidémiologie, le diagnostic et pronostic du cancer du pancréas au Sénégal. *JEMU* 1999; 24(4): 225-9.
8. IODICE S, GANDINI S, MAISONNEUVE P, LOWENTELS AB. Tobacco and the risk of pancreatic cancer: a review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg* 2008; 393(4): 535- 45.
9. LYNCH SM, VIEILING A, LUBIN JH. Cigarette smoking and pancreatic cancer: a pooled analysis from the pancreatic cancer cohort consortium. *Am J Epidemiol* 2009; 170: 403-13.
10. GOLD EB, GOLDIN SB. Epidemiology and risk factors for pancreatic cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 1998; 7:67-91.
11. JUNG M. Diagnostic précoce du cancer de pancréas. Mission impossible. *Acta Endoscopica* 1999; 29(2) : 234-46.
12. LAARIF R, BOUHAFIA A, MORIGIANE A. Bilan des ictères néoplasiques bilio-pancréatiques : A propos de 55 cas. *Tunisie médicale* 1985; 63 (3) : 181-4.
13. BAUMEL H, DEDIONNE B, BRIEL JM, DUBOIS A, LOPEZ FM, LOPEZ P et al. Cancers du pancréas exocrine. In : Paul Zeitoun Encyclopédie des cancers : Cancers digestifs Paris : Flammarion Médecine-sciences, 1987.
14. KLOPPF G, HIRUBAN BH, LONGNECKER DS. Ductal adenocarcinoma of the pancreas. In: Hamilton SR, Aaltonen LA. *Tumours of the digestive system* 2004; 1: 221-30.
15. SAKAI M, NAKAO A, KANEKO T. Para-aortic lymph node metastasis in carcinoma of the head of the pancreas. *Surgery* 2005; 137: 606-11.
16. DEL VILLANO BC, BRENNAN S, BROCK P. Radio-immunometric assay for a monoclonal antibody-defined tumor marker CA19-9. *Clin Chem* 1983; 29: 549-52.
17. SHYR YM, SU CH, LUI WY. Prospective study of gastric outlet obstruction in unresectable periampullary adenocarcinoma. *World J Surg* 2000; 24(1): 60-4.
18. YEO CJ, CAMERON JL, SOHN TA. Six hundred fifty consecutive pancreaticoduodenotomies in the 1990: Pathology, complications, outcomes. *Ann Surg* 1997; 226: 248-60.
19. CONLON KC, KLIMSTRA DS, BRENNAN MF. Long-term survival after curative resection for pancreatic ductal adenocarcinoma. Clinicopathologic analysis of 5-years survivors. *Ann Surg* 1996; 223: 273-9.