

## ARTICLE ORIGINAL

## CANCERS DE LA TÊTE DU PANCRÉAS : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE DU CHU GABRIEL TOURÉ

CANCER IN THE HEAD OF PANCREAS: EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC ASPECTS IN GENERAL SURGERY CHU GABRIEL TOURÉ

A TRAORÉ<sup>1\*</sup>, BT DEMBÉLÉ<sup>1</sup>, A TOGO<sup>1</sup>, L KANTÉ<sup>1</sup>, I DIAKITÉ<sup>1</sup>, M KONATÉ<sup>1</sup>, A TRAORÉ<sup>1</sup>, A BAH<sup>1</sup>, BY SIDIBÉ<sup>1</sup>, B KAREMBÉ<sup>1</sup>, D KANTE<sup>1</sup>, A KONÉ<sup>1</sup>, L CHARAVÉ<sup>1</sup>, DM DIANGO<sup>2</sup>, G DIALLO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département de chirurgie générale CHU Gabriel TOURE  
<sup>2</sup>Département d'anesthésie et de réanimation CHU Gabriel TOURE

### RÉSUMÉ

nos objectifs étaient d'étudier les aspects épidémiologiques, décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques. Il s'agissait d'une étude rétrospective de Janvier 1999 à Décembre 2013 incluant tous les patients ayant un cancer de la tête du pancréas. Nous avons colligé 116 cas soit 0,3% des consultations et 13,6% des cancers digestifs. La moyenne d'âge a été de 58ans. Il s'agissait de 69 hommes et 47 femmes et le sex ratio a été de 1,5. Les signes cliniques ont été : l'ictère choléstatique 90cas (77,6%), la douleur 86cas (74,1%), l'amaigrissement 77cas (66,4%), la masse épigastrique 85 cas (73,3%), la grosse vésicule palpable 77cas (66,4%) et l'hépatomégalie 46cas (39,7%). L'échographie abdominale et la radiographie thoracique ont été réalisées chez tous les patients et le scanner chez 48%, ont révélé des localisations secondaires chez 48 patients (41,4%) dont 21cas d'ascite, 17metastases hépatiques et 10 pulmonaires. Le CA19,9 > 3× N chez 86patients (74,1%). La durée moyenne d'évolution a été de 7,5mois. Le cancer était diagnostiqué au stade II chez 3 patients (2,6%), stade III chez 18 patients (15,5%) et stade IV chez 95 patients (82%). La chirurgie palliative a été réalisée chez 60/116 patients (51,7%) : dérivation biliodigestive associée à une gastroentéroanastomose avec biopsie de la tumeur de la tête du pancréas. La chirurgie à visée curative, la DPC a été effectuée chez 11/116 patients (9,5%). L'examen anatomopathologique des pièces opératoires a conclu à un adénocarcinome chez les 71 patients (61,2%). Nous nous sommes abstenus chez 45patients (38,8%). La morbidité postopératoire a été de 12cas (16,9%) dont 7cas (9,8%) de fistule biliodigestive externe et 5cas (7%) d'abcès de paroi. La mortalité postopératoire immédiate a été de 9cas (12,6%). Parmi les 45 malades non opérés, 25patients (55,5%) sont décédés au cour de 1er mois du diagnostic. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,9jours. La survie à 2ans a été de 1,4% (1patient). Elle a concerné les 71 patients opérés (stades II et III), tous des adénocarcinomes. Conclusion : Le cancer de la tête du pancréas est relativement rare. Son pronostic est mauvais à cause du stade tardif. Un diagnostic précoce et l'amélioration de notre plateau technique pourront réduire la mortalité.

**Mots clés:** Cancer, pancréas, épidémiologie, chirurgie, Mali

### SUMMARY

The focus of this retrospective study is to describe epidemiological, diagnosis and therapeutic aspects from January 1999 to December 2013 including 116 patients with cancer in the head of pancreas representing 0.3% of consultations and 13.6% of digestive cancers. The average age was 58 years. They were 69 men vs 47 women and sex ratio was 1.5. The clinical signs were: cholestasis jaundice 90 cases (77.6%), pain 86 cases (74.1%), weight loss 77cases (66.4%), epigastric tumor 85 cases (73.3%), big bladder 77cases (66.4%) and hepatomegaly 46 cases (39.7%). Abdominal sonography and chest x-ray were performed in all patients researching secondary locations in 48 patients (41.4%) 21 cases including ascites, liver and 10 pulmonary 17 metastases. The CA19.9 > 3 × N in 86 patients (74.1%). The mean duration of symptoms was 7.5 months. Cancer was diagnosed in stage II in 3 patients (2.6%), grade III in 18 patients (15.5%) and stage IV in 95 patients (82%). Palliative surgery was performed in 60/116 patients (51.7%): biliodigestive derivation associated with gastroenteroanastomose with tumor biopsy in the head of pancreas. Surgery with curative intent, the PCD was performed in 11/116 patients (9.5%). histological exam of the specimens confirmed adenocarcinoma in 71 patients (61.2%). We didn't conduct surgical care for 45 patients (38.8%). The morbidity rate was 16.9% (12 cases) for external biliodigestive, 7 cases (9.8%) of fistula and 5 cases (7%) of wound infection. The immediate postoperative mortality concerned 9 cases (12.6%). Among 45 non operated patients, 25 patients (55.5%) died in the first month. The mean duration of hospitalization was 12.9 days. Survival at 2 years was 1.4% (1 patient). It concerned the 71 operated patients (stages II and III), all adenocarcinomas. Conclusion: The prognostic of cancer in the head pancreas is poor because of the late discovery. Early diagnosis and improved technical platform can reduce the mortality.

**Keywords:** Cancer, pancreas, epidemiology, surgery, Mali.

### Tirés à part

Dr Traoré Alhassane, Maitre Assistant en chirurgie générale, à la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), Praticien hospitalier C.H.U Gabriel Touré, Bamako (MALI) BP : 267 Fax : 20 22 60 90 Tel: (00223) 76 43 21 30 / 63 02 79 76. Email: alhassanetraore2008@yahoo.fr

## INTRODUCTION

Le cancer du pancréas est un problème de santé publique dans le Monde. C'est le seul cancer dont le ratio mortalité/incidence est de 98% [1] et le taux de survie à 5 ans tous stades confondus est l'un des plus bas de tous les cancers. Ce taux est d'environ 5% en Europe comme aux USA [2,3]. Par rapport aux autres tumeurs pancréatiques malignes, l'adénocarcinome canalaire se caractérise par un pronostic particulièrement sévère avec une médiane de survie de 13 à 18 mois pour la chirurgie à visée curative et de 3 mois pour les cas non résecables qui représentent 80% des patients [4,5]. Ce pronostic extrêmement sombre s'explique par la localisation profonde du pancréas, l'apparition tardive des symptômes, l'absence d'un test de dépistage, rendant difficile un diagnostic précoce.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré, du 1er Janvier 1999 au 31 Décembre 2013 (15 ans). Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant un cancer de la tête du pancréas sur les arguments cliniques, et paracliniques (échographique, scannographique, marqueurs tumoraux et histologique), opérés ou non. Nos supports de données ont été :

- Les dossiers des patients
- Le registre de compte rendu opératoire
- La cytologie du liquide d'ascite pour les patients non opérés
- Le registre des résultats histologiques

## RÉSULTATS

Nous avons enregistré 116 cas soit 0,3% des consultations et 13,6% des cancers digestifs. La moyenne d'âge a été de 58 ans. Il s'agissait de 69 hommes et 47 femmes soit un sex ratio de 1,5. Les signes cliniques ont été : l'ictère choléstatique 90 cas (77,6%), la douleur 86 cas (74,1%), l'amaigrissement 77 cas (66,4%), la masse épigastrique 85 cas (73,3%), la grosse vésicule palpable 77 cas (66,4%) et l'hépatomégalie 46 cas (39,7%). L'échographie abdominale et la radiographie thoracique ont été réalisées chez tous les patients et le scanner chez 48%. Ces examens ont révélé des localisations secondaires chez 48 patients (41,4%) dont 21 cas d'ascite, 17 cas de métastases hépatiques et 10 cas de métastases pulmonaires. Le CA19,9 était supérieur à  $3 \times N$  chez 86 patients (74,1%). La durée moyenne d'évolution a été de 7,5 mois. Le cancer était diagnostiqué au stade II chez 3 patients (2,6%), stade III chez 18 patients (15,5%) et stade IV chez 95 patients (82%). La chirurgie palliative a été réalisée chez 60/116 patients (51,7%) : dérivation biliodigestive associée à une gastroentéroanastomose avec biopsie de la tumeur de

la tête du pancréas. La chirurgie à visée curative, la DPC a été effectuée chez 11/116 patients (9,5%). L'examen anatomopathologique des pièces opératoires a conclu à un adénocarcinome chez les 71 patients (61,2%). Quarante-cinq patients (38,8%) n'ont pas été opérés. La morbidité postopératoire a été de 12 cas (16,9%) dont 7 cas (9,8%) de fistule biliodigestive externe et 5 cas (7%) d'abcès de paroi. La mortalité postopératoire immédiate a été de 9 cas (12,6%). Parmi les 45 malades non opérés, 25 patients (55,5%) sont décédés au cours du 1er mois du diagnostic. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,9 jours. La survie à 2 ans a été de 1,4% (1patient). Elle a concerné les 71 patients opérés (stades II et III), tous des adénocarcinomes.

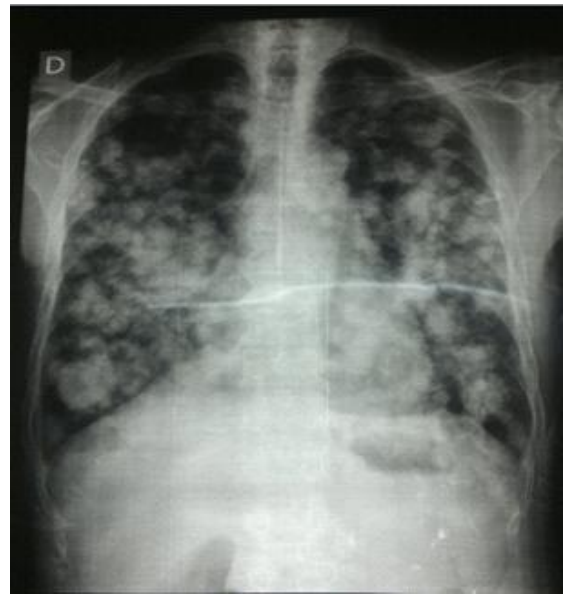


Image 1 : radiographie pulmonaire de face avec métastases pulmonaires

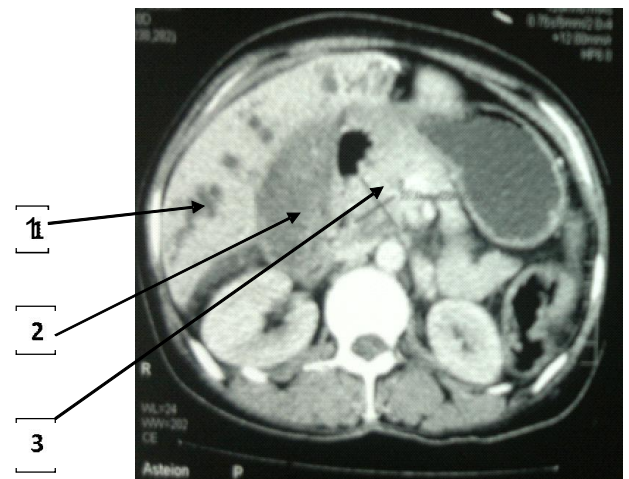


Image 2 : TDM abdominale : 1.dilatation voies biliaires intra hépatiques, 2.grosse vésicule biliaire, 3. tumeur de la tête du pancréas

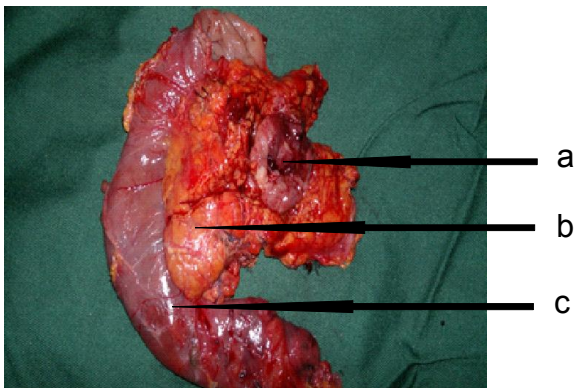


Image 3 : pièce opératoire d'une DPC (a: tumeur, b: pancréas, c: duodénum)

Tableau I: signes cliniques

	Effectifs	Pourcentages
Ictère Cholestatique	90	77,6
Douleur	86	74,1
Amaigrissement	77	66,4
Masse épigastrique	85	73,3
Grosse vésicule biliaire	77	66,4
Hépatomegalie	46	39,6

Tableau 2. Stades d'évolution de la tumeur chez les patients selon le sexe

Sexe	Stades			Total
	Stade II	Stade III	Stade IV	
Masculin	3	11	55	69
Féminin	0	7	40	47
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>95</b>	<b>116</b>

**DISCUSSION**

Le cancer du pancréas est relativement rare. L'incidence globale est de 7 à 12 pour 100 000 dans la plupart des pays industrialisés [6]. Il occupe le 5ème rang de décès par cancer tous sexes confondus en Europe et le 4ème aux USA [6,7]. Il représente 10% des

cancers digestifs selon une étude réalisée dans le département de Calvados en France [8]. Dans notre série, il a représenté 13,6% des cancers digestifs. Au Maroc selon une étude réalisée par O. Mouaquit et al. Le cancer du pancréas a représenté 2,24% des cancers digestifs et 0,3% de tous les cancers traités. [9]. Le cancer de la tête du pancréas occupe la 3ème place parmi les cancers digestifs après celui de l'estomac et le côlon dans notre service. Une fréquence variant entre 2,5% et 4,3% a été rapportée en Afrique [10]. Nous ne pouvons comparer ces chiffres aux nôtres qui sont ceux d'un seul service de chirurgie et ne saurait représenter les données de l'ensemble du pays. En occident, il reste l'affection des sujets âgés puisque l'âge médian de survenue se situe autour de 70 ans et le diagnostic est rare avant 45 ans (moins de 5%) [11]. En Afrique où la population est relativement jeune par rapport à celle des pays occidentaux, la moyenne d'âge varie entre 50 et 60 ans [9, 12-15] et n'est pas différente de celle observée dans notre étude qui a été de 58 ans. Le sexe n'est pas un facteur de risque de survenue du cancer de la tête du pancréas. Cependant, il est plus prédominant chez l'homme [9, 13-16]. Le sex-ratio de 1,5 dans notre étude n'est pas différent de celui de la littérature. L'explication pourrait être la consommation plus importante d'alcool [17] et de tabac qui est le facteur de risque le mieux identifié [18].

Le cancer de la tête du pancréas est rarement diagnostiqué au début de son évolution à cause du peu de signes cliniques présents à ce stade. Les principaux signes retrouvés à un stade avancé sont représentés dans le tableau I. Parmi lesquels : l'ictère, signe tardif, était retrouvé chez 77,6% de nos patients comme dans la littérature [13-15]. Près de 70% des patients ont un drainage biliaire préopératoire avant une DPC en raison d'une surmorbimortalité [19, 20] liée à l'hyperbilirubinémie [19]. Mais ce geste n'est indiqué que chez les patients non résécables d'emblée [21]. La douleur a été le second symptôme et traduit un envahissement du plexus solaire ou une compression du canal de Wirsung créant ainsi une hyperpression intra canalaire. Notre taux de 74.1% (80cas) a été rapporté par d'autres auteurs [13-15]. Nous avons noté un amaigrissement chez la plupart de nos patients 77cas (66,4%). Il est révélateur dans moins de 10% des cas dans certaines séries [22]. La présence d'un amaigrissement préopératoire (>5%) ne majorait pas la morbidité globale postopératoire des résections pancréatiques droites ou gauches et était même corrélé pour les DPC à une diminution significative d'un tiers du taux de fistule pancréatique (13% vs 20%) selon J. R. DELPERO et al. Dans le rapport présenté au 112ème congrès Français de chirurgie 2010 [1]. La présence d'une grosse vésicule palpation 77 cas (66,4%) dans notre étude, associée à un ictère choléstatique permet d'évoquer un cancer de

la tête du pancréas.

Malgré les progrès importants réalisés en imagerie pancréatique, le pronostic reste mauvais. Au moment du diagnostic, 85% des tumeurs ont franchi les limites de la glande pancréatique [23, 24]. Le rôle dévolu donc à l'imagerie est de faire le bilan d'extension complet pour différencier les patients justiciables d'une chirurgie curative de ceux devant bénéficier d'un traitement palliatif [25]. La TDM est l'examen fondamental pour le diagnostic et le bilan d'extension [23, 25, 26]. A cause de son coût élevé, de sa non disponibilité à tout moment, seuls 48% de nos patients ont eu accès. Cependant, tous les malades ont bénéficié d'une échographie et une radiographie pulmonaire. Cela a permis de trouver une ascite, des métastases pulmonaires (Image 1) et hépatiques (Image 2). La durée moyenne d'évolution a été de 7,5 mois dans notre étude ; elle est proche de celle d'A.T. BAMBARA au Burkina Faso [15]. Elle est importante, car plus elle s'allonge, plus le diagnostic sera tardif, expliquant ainsi les stades évolués que nous avons enregistrés. Ce retard est souvent multifactoriel : accessibilité géographique difficile, pouvoir économique faible, insuffisance du plateau technique à l'intérieur du pays et les considérations socioculturelles. La résection chirurgicale emportant la tumeur (Image 3) est la seule chance de guérison et de survie prolongée. Seulement 10% à 20% des

patients sont résécables [3, 27] ceci est conforme à notre taux de résécabilité de 9,5% (11cas). Pour les patients ne pouvant subir une chirurgie curative, une prise en charge palliative est importante pour améliorer la qualité de vie. Nous avons réalisé la chirurgie palliative chez 60 patients (51,7%). La morbidité postopératoire a été de 12 cas (16,9%) contre 7,7% et 25% respectivement par A.T. Bambara au Burkina Faso et O. Mouaquit au Maroc [15, 9]. Cette morbidité toutes causes confondues reste élevée à plus de 50% [1]. Notre taux de mortalité reste élevé (12,6%) supérieur aux 3,3% rapportés dans la littérature [1]. La survie à 2 ans a été de 1,4% (1patient). Elle est inférieure à celle de la littérature qui est de 5% à 5ans [2,3]. Ce résultat pourrait s'expliquer par le stade tardif (tableau 2) à la consultation de la majorité de nos patients (stade III= 18patients et stade IV= 95patients) et le caractère agressif de la tumeur.

## CONCLUSION

le pronostic du cancer de la tête du pancréas reste sombre dans notre pays en raison du stade tardif. Le traitement chirurgical est le plus souvent palliatif. Un diagnostic précoce et l'amélioration de notre plateau technique pourront changer le pronostic.

## RÉFÉRENCES

1. J-R. Delperro, F. Paye, P. Bachellier (2010) Cancer du pancréas. Rapport 112ème congrès français de chirurgie, Arnette, France, page 382
2. Sant M, Allemani C, Santaquilani M et al. (2009) Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. Eur J cancer 45: 931-991
3. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. (2009) cancer statistics, 2009. CA cancer J Clin 59: 225-249
4. Winter JM, Cameron JL, Campbell KA et al. (2006) J Gastrointest surg; 10:1199-1210
5. Cress RD, Yin D, Clarke L et al. (2006) Survival among patients with Adenocarcinoma of the pancreas: a population based study (United States). Cancer causes control 17: 403-409
6. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E (2010) Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. Eur J Cancer 46:765-781
7. Jemal A, Siegel R, Ward et al. (2008) Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin 58:71-96
8. Lefèvre H, Launoy G, Arsène D et al. (2002) Epidemiologie et pronostic des cancers du pancréas dans le département de Calvados : tendances évolutives sur 20ans. Gastroenterol Clin Biol 26:8399-20
9. O. Mouaquit, F. El Alami, M. Chourak et al. (2009) Le cancer de la tête du pancréas vu aux urgences : aspects cliniques et thérapeutiques. J. Afr. Cancer 1 :217-222
10. Ndjitoyap Ndam EC, Mbakop A, Tzeuton C et al. (1990) Cancers du pancréas au Cameroun. Etude épidémiologique et anatomo-clinique. Med Afrique noire 37; 112-3
11. Duffy A, Capanu M, Allen P et al. (2009) pancreatic Adenocarcinoma in a young patient population-12-year experience at memorial Sloan Kettering Cancer Center. J surg Oncol 100:8-12

12. Mbengue M, Ka MM, Diouf ML et al.(1999) Apport de l'échographie dans l'épidémiologie, le diagnostic et le pronostic du cancer du pancréas au Sénégal. *Journal d'Echographie et de médecine de Sport* 20-225
13. R. Ntagirabiri, S. Niyonkuru, R. Karayuba et al. (2012) cancer du pancréas au Burundi, expérience du CHU de Kamenge. *J. Afr. Hépatol. Gastroenterol* 6:312-314
14. Coulibaly S, Keita K, Sissoko S.B et al. (2013) Apport de l'échographie dans le diagnostic des tumeurs du pancréas au service de radiologie du CHU Point G. *J'Afri. Imag méd.* (5), 3:164-172
15. A.T.Bambara, M. Zida, E. Ouangré et al. (2014) tumeurs de la tête du pancréas : un défi diagnostique et thérapeutique à Ouagadougou. *J. Afri. Cancer* 6:17-21
16. Teiblum S. Thygesen LC, Johansen C. (2009) Sixty-one years of pancreatic cancer in Denmark from 1943 to 2003: a nationwide study. *Pancreas* 38:374-378
17. Lowenfels A B, Maisonneuve P, Cavallini G et al. (1993) Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International pancreatitis Study Group. *N Engl J med* 328:1433-1437
18. IARC. IARC (2004) Monographs on the Evaluation of the carcinogenic risks to humans. Volume 83: Tobacco smoke and involuntary smoking, IARC, Lyon, France
19. Pitt HA, Cameron JL, Postier RG et al. (1981) Factors affecting mortality in biliary tract surgery. *Am J Surg* 141: 66-72
20. Su CH, P'eng FK, Lui WY (1992) Factors affecting morbidity and mortality in biliary tract surgery. *World J Surg* 16:536-40
21. Van Der Gaag NA, Rauws EA, van Eijck CH et al.(2010) Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. *N Engl J Med* 362:129-37
22. Kalser M.H, Barkin J, McIntyre J.M (1985) pancreatic cancer assessment of prognosis by clinical presentation. *Cancer* 56, 397-402
23. Warshaw AL, Gu ZY, Wittenberg J et al. (1990) Preoperative staging and assessment of respectability of pancreatic cancer. *Arch Surg.* 125:230-233
24. Baulieux J, Delperro JR (2000) Traitement chirurgical du cancer du pancréas : les exérèses à visée curative. *Ann Chir.* 125: 609-617
25. Megibow AJ (1992) Pancreatic Adenocarcinoma: designing the examination to evaluate the clinical questions. *Radiology* 183: 297-303
26. Fuhrman GM, Charnsangavej C, Abbruzzese JL et al. (1994) Thin-section contrast-enhanced computed tomography accurately predicts the resectability of malignant pancreatic neoplasms. *Am J Surg* 167:104-111
27. Wray CJ, Ahmad SA, Matthews JB et al. (2005) Surgery for pancreatic cancer: recent controversies and current practice. *Gastroenterology* 128(6):1626-41