

## FAIT CLINIQUE

### CANCER DE L'ESTOMAC SUR MALADIE DE MENETRIER : À PROPOS D'UN CAS

#### GASTRIC CANCER AND MENETRIER DISEASE: A CASE REPORT

I DILLE (1), Z HAROUNA (2), Y HAROUNA (1), B MADOUYOU (3), H NOUHOU (2)

1. Service de chirurgie viscérale et thoracique Hôpital National de Niamey
2. Laboratoire de cytologie et anatomie pathologique Faculté des Sciences de la Santé Université Abdou Moumouni Niamey (Niger)
3. Service de Gastro entérologie Hôpital National de Niamey

### RÉSUMÉ

**Objectif:** Il s'agissait de rapporter un cas de transformation maligne de la maladie de Ménétrier.

**Observation:** Mme B.S., 66 ans souffre d'un syndrome ulcéreux depuis plus de 2 ans et les explorations ont révélé une tumeur sténosante de l'antrum gastrique ainsi qu'une anémie microcytaire et une hypo albuminémie. Elle a bénéficié d'une gastrectomie des 4/5 puis est survenue une récurrence tumorale sur le moignon gastrique à 24 mois post opératoire nécessitant une totalisation de la gastrectomie.

**Conclusion:** La maladie de Ménétrier est reconnue comme étant une lésion précancéreuse avec un risque de dégénérescence maligne allant de 10 à 15%. L'histologie aidée de l'endoscopie fait le diagnostic et le traitement est essentiellement chirurgical à savoir une gastrectomie totale qui est plus indiquée, du fait du risque de récurrence sur le moignon.

**Mots clés:** Ménétrier, adénocarcinome, cancer gastrique, récurrence, gastrectomie

### SUMMARY

**Introduction:** Menetrier Disease is an hypertrophic gastropathy whose pathogenesis is unknown. It's rare in adults characterized by hyperplasia of the crypt epithelium of the gastric body with cystic dilatation of glands. The usual evolution of Menetrier's disease is stabilization but with a risk of cancer (10 to 15%). We report the case of a patient who presented a malignant transformation of Menetrier disease.

**Case presentation:** Mrs. BS, 66 years old was suffering from gastric ulcer for over 2 years and investigations revealed a stenosing tumor of the gastric antrum and a microcytic anemia and hypo albumin. She received a partial gastrectomy. She presented a recurrence at 24 months postoperatively requiring total gastrectomy.

**Conclusion:** Menetrier's disease is recognized as a precancerous lesion with a risk of malignant degeneration ranging from 10 to 15%. Histology is assisted by endoscopy to get the diagnosis. The treatment is essentially surgical, total gastrectomy is indicated because of high risk of recurrence.

**Keywords:** Menetrier disease, adenocarcinoma, gastric cancer, recurrence, gastrectomy

#### Tirés à part

Dr DILLE Issimouha Chirurgien oncologue au service de chirurgie viscérale et thoracique, Hôpital National de Niamey  
BP 238 Niamey-Niger Tel (00227) 91633611 Email : dilleissimouha@yahoo.fr

## INTRODUCTION

La gastrite hypertrophique appelée maladie de Ménétrier (MM) est une gastropathie hypertrophique de pathogénie encore inconnue. C'est une affection rare de l'adulte, caractérisée par une hyperplasie de l'épithélium des cryptes du corps gastrique avec dilatation kystique des glandes qui peuvent pénétrer dans la sous-muqueuse. Le mode évolutif habituel de la maladie de Ménétrier est la stabilisation avec cependant un risque de cancérisation allant de 10 à 15 % (1). Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté une transformation maligne de la Maladie de Ménétrier.

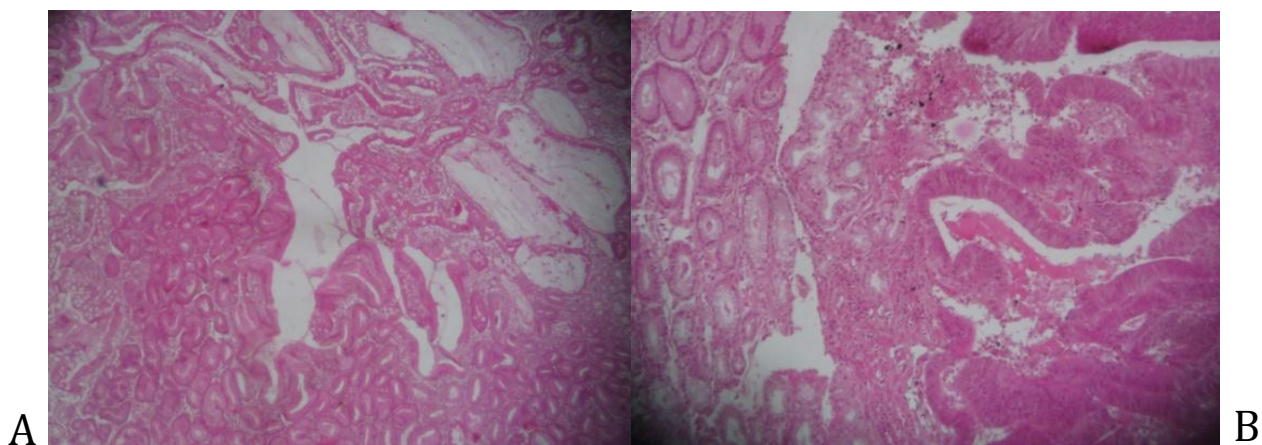
## OBSERVATION

Mme B.S., 66 ans, a été admise à notre consultation pour la première fois en août 2009 pour douleurs épigastriques irradiant vers l'hypocondre gauche et évoluant depuis plus de 2 ans. Elle était suivie épisodiquement dans les services de médecine pour syndrome ulcéreux et pratiquait également une automédication. Depuis 1 mois les douleurs étaient devenues plus intenses, quasi permanentes et accompagnées de vomissements post prandiaux précoces, un amaigrissement non chiffré et une asthénie. L'examen clinique montrait un état général assez conservé côté OMS 2 avec un abdomen souple sans masse palpable ni organomégalie. Le bilan biologique a mis en évidence une anémie microcytaire et une hypo albuminémie à 28 g/l. Une fibroscopie œsogastroduodénale a retrouvé une tumeur ulcéro bourgeonnante de l'antra gastrique hémorragique au contact et sténosante avec un pylore non visualisé. L'histologie des prélèvements biopsiques était en faveur d'une muqueuse hyperplasique et

inflammatoire sans signe évident de malignité. Elle a donc été hospitalisée au service de chirurgie viscérale de l'hôpital national de Niamey où une évaluation de son état nutritionnel a été réalisée. La discordance entre clinique, endoscopie et anatomopathologie a conduit à réaliser d'autres investigations à savoir : une échographie abdominale et une radiographie du thorax de face qui n'ont retrouvé aucune anomalie.

L'indication opératoire a été posée suivie d'une consultation pré anesthésique, d'une correction des troubles hydro électrolytiques et de l'anémie.

Ainsi le 15/01/10 la patiente a bénéficié d'une laparotomie dont l'exploration a montré une tumeur de l'antra gastrique sans atteinte macroscopique de la séreuse et sans carcinose péritonéale et un foie macroscopiquement sain ; une gastrectomie des 4/5 a été réalisée avec rétablissement de la continuité digestive par anastomose gastro jéjunale sur anse en oméga. Les suites opératoires ont été simples et la sortie d'hôpital s'est faite à J9 post opératoire. Le résultat de l'analyse histologique de la pièce opératoire a révélé qu'il s'agissait d'un adénocarcinome infiltrant de type intestinal (Figure B) avec atteinte de la musculuse, et des cryptes hyperplasiques à contours anfractueux faisant évoquer une maladie de Ménétrier (Figure A). La patiente a été revue tous les 3 mois et une première endoscopie à 6 mois post opératoire a montré une œsophagite de grade II sans autre anomalie. Une dernière endoscopie à 24 mois post opératoire a mis en évidence une récurrence tumorale sur le moignon gastrique. En absence de localisation secondaire elle a bénéficié d'une totalisation de la gastrectomie et rétablissement de la continuité par anastomose œso-jéjunale. Un traitement adjuvant a été préconisé.



**Figure A :** Cryptes hyperplasiques à contours anfractueux, de grandes tailles, bordées de cellules cylindriques mucipares, distension micro kystique de quelques cryptes, raréfaction des glandes sous-jacentes, **Figure B :** adénocarcinome type intestinal avec différenciation glandulaire évidente.

## COMMENTAIRES

La gastrite est un terme histologique réservé aux maladies inflammatoires de la muqueuse gastrique. Son diagnostic repose sur l'examen par l'anatomopathologiste des biopsies gastriques prélevées lors de la gastroscopie (2) ; l'examen peut retrouver une muqueuse hypertrophique comme sur nos biopsies préopératoires.

La maladie de Ménétrier régresse parfois spontanément et sans séquelles comme c'est le cas chez le jeune enfant ou l'adolescent (3), mais peut se compliquer de cancer (1). Quelques rares cas de transformation maligne de cette maladie ont été rapportés dans la littérature, ainsi qu'une association à des pathologies tumorales, inflammatoires comme la rectocolite ulcéro-hémorragique (4) ou infectieuses comme le CMV (5).

Bien que le diagnostic positif de la maladie de Ménétrier soit histologique, le diagnostic préopératoire sur biopsies est difficile (6) comme dans notre observation, où la confirmation n'a pu être faite que sur la pièce opératoire.

Chez notre patiente, c'est la discordance endoscopie-histologie qui a poussée à poser l'indication chirurgicale, devant le caractère très suspect des lésions retrouvées à l'endoscopie. L'analyse histologique de la biopsie, bien qu'évocatrice de maladie de Ménétrier n'a pas retrouvé de signes de dégénérescence maligne.

La clinique de la maladie de Ménétrier donne peu de renseignements en dehors d'un syndrome ulcéreux typique ou atypique et d'un amaigrissement (7, 3) ; cependant une hypoprotidémie est quasi constante (4, 5, 8) et doit faire suspecter la maladie de Ménétrier

associée ou non à d'autres pathologies.

Le risque de cancérisation (1) constitue l'évolution la plus redoutable et a été décrit plusieurs fois dans la littérature (6, 9, 10) où il survient parfois après une évolution de plusieurs années allant jusqu'à 13 ans selon Ramia J.M. (11). Le type histologique est généralement un adénocarcinome bien différencié (7, 10) dont la prise en charge ne diffère pas de celle recommandée pour les carcinomes gastriques (10). La gastrectomie totale serait plus indiquée du fait du caractère précancéreux de la maladie de Ménétrier. La gastrectomie partielle comme nous l'avons réalisée se justifierait si une surveillance endoscopique régulière du moignon est possible et si le patient est compliant. Cependant le risque de récurrence locale est bien réel comme nous l'avons vu et cela doit conduire à une standardisation de la prise en charge chirurgicale. Ainsi il ne faut pas hésiter à poser l'indication d'emblée d'une gastrectomie totale en cas d'adénocarcinome sur maladie de Ménétrier.

## CONCLUSION

La maladie de Ménétrier est reconnue comme étant une lésion précancéreuse ; cependant la dégénérescence maligne est rarement retrouvée ; la clinique est dominée par la pathologie ulcéreuse associée à une hypoalbuminémie et une altération progressive de l'état général en cas de cancérisation. L'histologie aidée de l'endoscopie fait le diagnostic et le traitement est essentiellement chirurgical à savoir une gastrectomie partielle ou totale d'emblée. Il faut alors réaliser une surveillance endoscopique régulière du moignon restant.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Ectors N. Cancers de l'estomac et états précancéreux. Anatomopathologie. In : Dupas JL, Fléjou JF éd. Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum. Rueil-Malmaison : Arnette, 1999 : 467-475.
- 2- Courillon-Mallet A, Fléjou JF. Gastrites et gastropathies. In : Rambaud JC. Traité de Gastroentérologie, Flammarion-Médecine-Sciences, 2000 ; 6 : 309-323.
- 3- Bloom RA, Quaide RM: Benign Hypertrophic Gastropathy: Menetrier's Disease in Childhood and Adolescence. Clin Pediatr, 1980 ; 19: 533-540.
- 4- Belhocine K, Chaoui F : Association maladie de Ménétrier – rectocolique ulcéro-hémorragique Gastroenterol Clin Biol, 2006 ; 30 : 1105-1107.
- 5- Sabbi T. Gomes, Palumbo V: Menetrier's disease and cytomegalovirus infection in a child. M. Digestive and Liver Disease 2006; 38: 172-173.
- 6- Rais H, Alatawna H, Benadra F, Difaa A, Krati K, Idrissi A et al. : La maladie de Ménétrier en transformation maligne : à propos d'une observation avec revue de la littérature. Annales de Pathologie, 2004, 24, 1:154.
- 7- Juglard R., Rimbot A. et al : Maladie de Ménétrier révélée par une invagination gastro-duodénale. J Radiol, 2006 ; 87:69-71.
- 8- Friedman J, Platnick J, et al: Best Cases from the AFIP Ménétrier Disease. RadioGraphics, 2009; 29: 297–301.
- 9- Jouini M, Ksontini R : Maladie de Ménétrier associée à un adénome gastrique : à propos de 2 cas. Annales de gastroentérologie et d'hépatologie 1995 ; 31: 341-345.
- 10- Bouraoui S, Salma B : Maladie de Ménétrier et cancer gastrique association ou filiation ? Tunisie médicale 2005 ; 83: 499-502.
- 11- Ramia JM, Sancho E, Lozano O, Santos JM, Domínguez F; Ménétrier's disease and gastric cancer Cir Esp. 2007; 81, 3:153-154.