

ARTICLE ORIGINAL

LA GASTRECTOMIE POLAIRE INFÉRIEURE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER GASTRIQUE AU CHU DE BRAZZAVILLE

THE LOWER GASTRECTOMY IN THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF BRAZZAVILLE

N ELE (1), N MOTOULA (1), M NOTE-MADZELE (1), D MASSAMBA MIABAOU (1), E KOUTABA (2), Y DATSE(1)

(1) Service de Chirurgie digestive, CHU de Brazzaville, Congo

(2) Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU de Brazzaville, Congo

RÉSUMÉ

Objectifs : actuellement associée au curage ganglionnaire de proximité, la gastrectomie polaire inférieure constitue une option raisonnable dans le traitement des cancers antropyloriques. Nous avons voulu évaluer sa morbi-mortalité dans le traitement des cancers gastriques au CHU de Brazzaville.

Matériels et Méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective sur 10 ans et 9 mois (1er janvier 2002 au 31 octobre 2012). Cinquante patients qui présentaient un cancer gastrique ont eu une gastrectomie polaire inférieure .

Résultats : l'adénocarcinome représentait 96% des cas, les localisations tumorales étaient antropylorique dans 25 des cas, pylorique dans 16 cas et antrale dans 9 cas. L'antrectomie était réalisée chez 41 patients et la gastrectomie des 2/3 chez 9 patients. La morbidité opératoire était représentée par le dumping syndrome (85,11 %), la suppuration pariétale (11,43 %) et la fistule digestive (2,86 %). Nous avons relevé 4 décès en 12 mois avec une survie globale de 64 % à 5 ans et 36 % à 10 ans.

Conclusion : La gastrectomie polaire inférieure est un traitement chirurgical essentiel des cancers peu étendus de la partie distale de l'estomac.

Mots clés : gastrectomie polaire inférieure – cancer – morbidité – mortalité.

SUMMARY

Objectives: currently associated with dissection of proximity, the lower gastrectomy is a reasonable option in the treatment of antropyloric cancer; Our aim was to evaluate its morbidity and mortality in the treatment of gastric cancer at the University hospital of Brazzaville.

Materials and Method: This is a retrospective study done over 10 years and 9 months (1 January 2002 to 31 October 2012). Fifty patients with gastric cancer underwent a lower gastrectomy.

Results: Gastric adenocarcinoma represented 96% of cases, the tumor sites were antropyloric in 25 cases, pyloric in 16 cases and antrum in 9 cases. Antrectomy was performed in 41 patients and gastrectomy 2/3 in 9 patients. The post operative morbidity was represented by the dumping syndrome (85.11%), the parietal suppuration (11.43%), and enteric fistula (2.86%). We identified four deaths in 12 months with an overall survival of 64% at 5 years and 36% at 10 years.

Conclusion: The lower gastrectomy is an essential surgical treatment of some cancers spread of the distal part of the stomach.

Keywords: lower gastrectomy – cancer – morbidity – mortality.

Tirés à part:

ELE Narcisse,

Email : aristelne@yahoo.fr;

Tél. : 00(242) 066684589

INTRODUCTION

La gastrectomie polaire inférieure (GPI), habituellement réservée aux lésions bénignes, consiste en l'ablation du secteur inférieur de l'estomac, l'antrum ou les 2/3 de la poche gastrique [1].

Actuellement associée au curage ganglionnaire de proximité, elle constitue une option raisonnable dans le traitement des cancers antropyloriques. Le but de ce travail a été d'évaluer la morbi-mortalité liée à cette chirurgie au CHU de Brazzaville.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans et 9 mois (1er janvier 2002 au 31 octobre 2012). Cinquante dossiers de patients traités par gastrectomie polaire inférieure pour cancer gastrique ont été retenus.

Nous avons exclu les dossiers non exploitables et ceux des gastrectomies polaires inférieures pour des lésions bénignes.

Dans la gastrectomie des 2/3, la ligne de section gastrique suit une ligne oblique en bas et à gauche allant de 2 travers de doigts au-dessous du cardia, à la grande courbure au niveau du bord gauche du ligament gastrocolique en regard des premiers vaisseaux courts. Dans l'antrectomie ou hémigastrectomie, la résection gastrique suit une ligne joignant le milieu de la petite courbure à un point situé sur la grande courbure à l'union des 2/3 supérieurs et du 1/3 inférieur, enlevant ainsi la portion horizontale de l'estomac.

Le rétablissement de la continuité digestive se fait par une anastomose gastro-jéjunale anisopéristaltique de type Finsterer en transmésocolique.

Au cours de la gastrectomie polaire inférieure, nous avons réalisé une lymphadénectomie du groupe 1 ou N1 de l'école japonaise c'est à dire un curage des 3 groupes de ganglions péri-gastriques (sites 1 à 6). Il s'agit des ganglions paracardiaque droit, paracardiaque gauche, petite courbure, suprapylorique, et sous pylorique. Le curage ganglionnaire de type D1 (D pour dissection) enlève les ganglions du groupe N ou N1. On termine l'intervention par la mise en place d'un drain intra abdominal.

RÉSULTATS

a) Données épidémiologiques

Notre série comprenait 31 hommes (62 %) et 19 femmes (38 %) (sex-ratio 1,63). L'âge moyen des patients était de 54 ans. Les patients de 40 à 60 ans étaient les plus représentés.

b) Données cliniques et histologiques

La symptomatologie pré opératoire est représentée dans le tableau ci-après :

Tableau I : Différents signes cliniques pré opératoires

	n (N=50)	%
Epigastralgies	42	84
Vomissements	40	80
Anémie clinique	12	24
Amaigrissement	20	40
Clapotage à jeun	30	60
Masse palpable	8	16
Hémorragie digestive	6	12

Le délai moyen de consultation était de 12 mois après le début des symptômes.

Trente patients (60 %) avaient un bon état général.

Les localisations tumorales étaient antropylorique chez 25 patients, pylorique chez 16 patients et antrale chez 9 patients.

Le type histologique était l'adénocarcinome dans 96 % des cas et le lymphome dans 4 % des cas.

c) Données thérapeutiques et pronostiques

Nous avons réalisé une antrectomie chez 41 patients (82 %) et une gastrectomie des 2/3 chez les 9 patients restants (18 %).

La classification histologique post opératoire classait 13 patients pT2N0M0, 28 patients pT2N1M0, 5 patients pT2N2M0 et 4 patients pT3N0M0.

La morbidité post opératoire était représentée par le dumping syndrome dans 85,11 % des cas, la suppuration pariétale dans 11,43 % des cas et la fistule digestive dans 2,86 % des cas. Ces complications étaient plus marquées chez 58, 57 % des patients ayant un indice de masse corporelle à moins de 18,5 Kg/m et âgé de 40 à 60 ans.

La mortalité était faite de 4 cas en 12 mois dont un cas au stade pT2N1M0 et 3 cas au stade pT3N0M0.

La survie globale était de 64 % à 5 ans et 36 % à 10 ans.

COMMENTAIRES

La prédominance masculine dans notre série s'explique par le profil épidémiologique du cancer de l'estomac au Congo [2] et en Afrique [3 – 7].

La moyenne d'âge de 54 ans reste comparable à celle de nombreuses séries africaines [3, 7- 9], contrairement à des séries françaises [10] où les patients sont plus âgés (70 ans). Cette différence s'explique par la courte espérance de vie dans nos pays [11].

La localisation distale des cancers gastriques (antrale, antropylorique et pylorique), l'absence des métastases et l'extension exclusivement ganglionnaire chez les patients présentant dans l'ensemble un assez bon état général, justifiait l'indication et la réalisation des gastrectomies polaires inférieures dans notre série. Ces indications sont comparables à celles de la littérature [12, 13].

L'exérèse des cancers de l'antré peut se faire par une gastrectomie totale ou subtotale. Deux études randomisées ayant comparées ces deux interventions avaient montré que les suites immédiates et la survie à long terme étaient similaires [14, 15]. Au regard de cela, nous avons porté notre choix sur la gastrectomie polaire inférieure pour traiter les cancers de l'antré peu infiltrants. Cette intervention offre une qualité de vie supérieure à celle que procure une gastrectomie totale [16].

Nous n'avons réalisé que le curage ganglionnaire de type D1, car les tumeurs paraissaient strictement limitée à l'estomac. Selon SHCHPOTIN et al. [14], les exérèses élargies incluant les pancréatectomies sont bénéfiques aux patients porteurs des tumeurs gastriques avancées en l'absence des métastases viscérales et péritonéales. Le risque de complications post opératoires est multiplié par deux en associant à la gastrectomie, une splénectomie ou une exérèse d'un organe adjacent. Ce type d'exérèse particulièrement lourd qui devrait s'adresser à des patients bien sélectionnés, n'a pas été réalisé dans notre étude. Pour deux patients (4 %) dont les tumeurs ne pouvaient pas être réséquées en totalité, une résection palliative (R1D1) nous a permis de leur éviter certaines complications tumorales et d'améliorer leur confort. Pour rétablir la continuité digestive, après exérèse tumorale, nous avons réalisé exclusivement une anastomose gastrojéjunale. Nous avons voulu ainsi

prévenir le risque d'envahissement des tissus en présence d'une anastomose gastroduodénale. SIGON [17], dans sa série, a réalisé 82,2 % d'anastomose gastrojéjunale. Toutes nos anastomoses ont été faites manuellement du fait des limites de notre plateau technique actuel. Toutefois les études comparatives réalisées entre les anastomoses manuelles et les anastomoses mécaniques n'ont pas montré des différences significatives [18, 19].

La morbidité post opératoire était en grande partie rattachée au dumping syndrome et à l'infection pariétale. L'infection pariétale et la fistule digestive étaient liées au mauvais état général des patients. La survie globale à 5 ans était de 64 % dans notre série. Ce taux est similaire à celui retrouvé par TAKEMOTO au Japon [13]. La survie après gastrectomie polaire inférieure est fonction du stade de la tumeur, de son degré d'extension locorégionale et de l'état général du patient. Au Japon, du fait du programme de dépistage de masse, les diagnostics des cancers gastriques sont posés précocement, et leurs traitements sont rapidement institués. Dans notre série, nous avons constaté que les patients pT2N0M0 avaient répondu favorablement au traitement chirurgical, ainsi leur survie était globalement meilleure.

CONCLUSION

La gastrectomie polaire inférieure est un traitement chirurgical essentiel du cancer distal de l'estomac. Son pronostic est défini par l'état général du patient, le stade tumoral et le degré d'extension tumorale. Ainsi, il semble que les cancers ne dépassant pas la musculuse gastrique avec un envahissement ganglionnaire absent ou limité en région péri gastrique étaient de meilleur pronostic.

REFERENCES

1. Mutter D, Marescaux J. Gastrectomie pour cancer. Encycl Méd Chir (Ed Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales -Appareil digestif, 40-330-B, 2001, 16p.
2. Ibara JR, Moukassa B, Itoua-Ngaporo A. La pathologieigestive haute au Congo : à propos de 2393 endoscopies réalisées CHU de Brazzaville. Méd Afr Noire 1993 ; 40 (2).
3. Cisse MA, Sangare D, Delaye A, Soumare S. Traitement du cancer gastrique. Etude rétrospective de 58 cas opérés dans le service de chirurgie A à l'hôpital national du point G à Bamako. Méd Afr Noire 1993 ; 40: 282-6.
4. Hermann RE. New concepts in the treatment cancer of the stomach. Surgery 1993; 113: 361-4.
5. Neugut AI, Hayek M, Howe G. Epidemiology of gastric cancer. Semin Oncol 1996; 23:281-91.
6. Yacoubi A, Bensari F, Chad B, Zizi M, Taghy A. Les cancers de l'estomac: étude épidémiologique, diagnostique et thérapeutique. Chirurgie 1989; 115:74-9.
7. Yangni-Angate A, Bedab, Echimane KA, Merrien Y. Etudes épidémiologiques et anatomo-clinique de 122 cancers de l'estomac observés en 10 ans au CHU d'Abidjan. Bull Acad Nat Méd 1981; 165:315-22.
8. Bagnan KO, Padonou N, Kodjoh N et al. Le cancer de l'estomac, à propos de 51 cas observés au CNHU de Cotonou. Méd Afr Noire 1994; 41 : 39-43.
9. Karayuba R, Armstrong O, Bigirimana V et al. Le traitement chirurgical des cancers gastriques au CHU de Kamenge (Bujumbura), propos de 53 cas. Méd Afr Noire 1993 ; 40 (10) : 605-8.
10. Dieumegard B. Epidémiologies des cancers de l'estomac. Réunion annuelle de pathologie digestive l'hôpital COHEN. La semaine des hôpitaux de Paris 1999, 75 : 489-92.
11. OMS. Indicateurs sanitaires mondiaux. Statistiques sanitaires mondiales 2012. 180p. ISBN 9789242564440
12. Takemoto Y, Tachibana M, Monden N, Nakashima Y. Clinico pathological features of early gastric cancer: results of 100 cases from a rural general hospital. The European Journal of Surgery 1999; 165(4):319-325.
13. Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G et al. J Total versus subtotal gastrectomy : surgical morbidity and mortality rates in a multi center italian randomized trial. Ann Surg 1997; 226: 613-20.
14. Gouzi IL, Huguier M, Fagniez PL et al. Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. A French prospective controlled study. Ann Surg 1989; 209: 162-6.
15. Shchepotin IB, Chorny VA, Nautra Ri et al. Extended surgical resection in T4 gastric cancer. Am J Surg 1998; 175: 123-6.
16. Sigon R, Canzonri V, Cannizzaor. Early gastric cancer: diagnostic surgical. Treatment and follow up of 45 cases. Tumori 1998, 84: 547-51.
17. Slim K. Sutures mécaniques en chirurgie digestive. JChir 2000; 137:5-12.
18. Hori S, Ochiai T, Gunji Y, Hayashi H. A prospective randomized trial of hand-sutured versus mechanically stapled anastomoses for gastroduodenostomy after distal gastrectomy. Gastric cancer 2004; 7(1): 24-30.
19. Hopman WP, Wolbering RG, Lamers CB. The dumping syndrome with somatostatin analogue SMS 201-995. Ann Surg 1988; 207: 155-9.