

ARTICLE ORIGINAL

PRISE EN CHARGE DU CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS. A PROPOS DE 124 CAS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO).

OVERALL MANAGEMENT OF CANCER OF THE HEAD OF THE PANCREAS. ABOUT 124 CASES AT YALGADO OUEDRAOGO TEACHING HOSPITAL (CHUYO).

A SANOU*, N ZONGO**, E OUANGRÉ**, GP BONKOUNGOU*, B BAMBARA**, A BAMBARA**,
M ZIDA**, SS TRAORÉ**

*chirurgie Générale et digestive de l'hôpital national BLAISE COMPAORÉ
**chirurgie Générale et digestive du centre hospitalier Universitaire YALGADO OUEDRAOGO

RÉSUMÉ

Objectif : Analyser les moyens et les résultats thérapeutiques des cancers de la tête du pancréas au CHU Yalgado Ouédraogo.

Patients et Méthodes : il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur les cancers de la tête du pancréas diagnostiqués et traités de 1994 à 2013 au CHUYO. Les données du traitement ont été prises en compte.

Résultats : en 20 ans, 124 cancers de la tête du pancréas ont été colligés. Le taux d'opérabilité a été de 80,3%. Le taux de résécabilité a été de 6,4%. Une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) a été réalisée dans 8 cas. La chirurgie a été palliative dans 74,1% des cas et consistait en une dérivation biliodigestive et/ou gastrojéjunale. Dans 19,3% des cas, les patients n'étaient pas opérables et le traitement a été médical symptomatique. La mortalité opératoire a été de 2/8 pour les patients ayant eu une DPC et de 7,6% pour ceux ayant bénéficié d'une chirurgie palliative. La survie moyenne a été de 8 mois dans les cas de chirurgie palliative et de 29 jours dans le groupe des patients non opérables. Deux des patients ayant eu une DPC ont été suivis pendant 10 mois avant d'être perdus de vue.

Conclusion : le taux de résécabilité du cancer de la tête du pancréas a été faible. La chirurgie palliative occupe une place importante. La mortalité opératoire reste notable.

Mots clés : cancer – tête du pancréas - traitement.

SUMMARY

Objective: to analyze the means and therapeutic outcomes of cancer of the head of the pancreas in Yalgado Ouedraogo teaching hospital.

Patients and Methods: we conducted a retrospective study of cancers of the head of the pancreas diagnosed and treated from 1994 to 2013 in Yalgado Ouedraogo teaching hospital. Indications, methods and outcomes of treatment were taken into account.

Results: In 20 years, 124 cancers of the head of the pancreas were noted. The operability rate was 80.3 %. Resectability rate was 6.4 %. A cephalic duodeno-pancreatectomy (DPC) was performed in 8 cases. The surgery was palliative in 74.1 % of cases and was a biliodigestive bypass and / or gastro-jejunal . In 19.3% of cases, patients were not operable and medical treatment was symptomatic. The operative mortality was 2/8 for patients with a DPC and 7.6% for those who underwent palliative surgery. The median survival was 8 months in the case of palliative surgery and 29 days in the group of inoperable patients. Two of the patients with PCD were followed for 10 months before being lost.

Conclusion: The rate of resectability of cancer of the head of the pancreas was low. Palliative surgery plays an important role. Operative mortality remains significant.

Keywords: cancer - pancreatic head - treatment.

Tirés à part

Pr Adama SANOU

01 BP 403 Ouagadougou 01

Burkina Faso

Tel : 00226 70 41 57 17

Email : sanoua14@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le cancer de la tête du pancréas est de diagnostic tardif et son traitement est le plus souvent palliatif [1, 2]. Au moment du diagnostic, la duodéno-pancréatectomie céphalique n'est possible que dans seulement 10 à 20% des cas. Le pronostic reste mauvais malgré les énormes progrès thérapeutiques [3]. Au Burkina Faso, le diagnostic est d'autant plus tardif que les traitements traditionnels, l'automédication et l'insuffisance du plateau technique ont un impact important. Le pronostic est alors encore moins bon qu'ailleurs. Le but de notre travail était d'analyser les particularités thérapeutiques et pronostiques des cancers de la tête du pancréas au CHU Yalgado Ouédraogo.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cancers de la tête du pancréas diagnostiqués et traités au CHU Yalgado Ouédraogo, sur une période de 20 ans allant de 1994 à 2013. L'évolution des moyens thérapeutiques, durant ces deux décennies a été appréciée. Le diagnostic était fondé sur la clinique et l'imagerie. En 20 ans, 124 cancers de la tête du pancréas ont été colligés, représentant 8% des cancers digestifs. Le délai moyen de consultation a été de 151 jours (extrêmes 21 jours et 2 ans). Un antécédent de traitement traditionnel et/ou d'automédication a été noté dans 40 cas (32,2%). Les patients présentaient un syndrome de cholestase clinique isolé dans 107 cas (86,3%). Des signes de sténose duodénale étaient associés dans 17 cas (13,7%). Nous avons scindé nos patients en 2 groupes. Le premier comportait les patients non opérables et le second, ceux opérables.

RESULTATS

Les patients non opérables

Les patients ont été jugés non opérables dans 24 cas sur la base de plusieurs arguments. Il s'agissait de la présence d'une altération de l'état général, de troubles de la crase sanguine, de métastases et de comorbidités (cardiaque, rénale, hépatique). Dans ces cas, le traitement a été médical, purement symptomatique. Il consistait en une rééquilibration hydroélectrolytique, une transfusion sanguine et un traitement antalgique. A partir de l'année 2012, certains patients ont pu bénéficier de façon sporadique d'une nutrition parentérale. La psychothérapie de soutien a été systématique mais dans un cadre non organisé. Dans ce groupe de patients, la dénutrition et les troubles métaboliques (20/24) ainsi que l'angiocholite (10/24) ont été les principales complications et les causes de décès. La survie moyenne a été de 29 jours et la mortalité à trois mois a été de 100%.

Les patients opérables

Le taux d'opérabilité était de 80,3% (100 cas). Le taux

de résécabilité était de 6,4% et la résection pancréatique a consisté en une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) dans les huit cas. Pour les autres patients opérés, les arguments qui ont fait surseoir à la résection étaient, l'envahissement local important dans 73% des cas (envahissement vasculaire mésentérique massif, présence de ganglions latéro-aortiques), la carcinose péritonéale dans 4% des cas et les localisations secondaires hépatiques et/ ou pulmonaires dans 15% des cas. Une chirurgie palliative a alors été effectuée dans 92 cas. Il s'agissait d'une dérivation bilio-digestive dans 91 cas, associée à une gastro-jéjunostomie d'emblée dans 76 cas. L'anastomose bilio-digestive était cholédoco ou hépato-jéjunale dans 84 cas (92,3%), cholédoco-duodénale dans 3 cas (3,3%) et cholécysto-jéjunale dans 4 cas (4,4%). Dans un cas, l'intervention s'était limitée à une gastro-entéro-anastomose (GEA), du fait de l'existence d'un envahissement du pédicule hépatique.

Des complications post-opératoires ont été notées dans 9 cas (11,1%) : un cas de péritonite post-opératoire, 3 cas de gastroparésies après GEA, 2 cas de suppurations pariétales et 3 cas de sténoses duodénales survenues après des dérivations biliaires isolées. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 17 jours avec des extrêmes de 13 et 47 jours.

La mortalité opératoire a été de 2/8 pour les patients ayant eu une DPC et de 3/92 pour ceux ayant eu une chirurgie palliative. La mortalité à trois mois fut de 19,3% dans le groupe de la chirurgie palliative. La survie moyenne a été de 8 mois dans les cas de chirurgie palliative. Deux patients ayant bénéficié d'une DPC ont été suivis jusqu'au 10ème mois avant d'être perdus de vue comme les 4 autres.

DISCUSSION

La DPC constitue de façon unanime le seul traitement curatif des cancers de la tête du pancréas ; cependant, elle est contre-indiquée en cas d'envahissement local ou métastatique [5, 6]. Aussi, le taux de résécabilité de ces cancers reste inférieure à 25% même dans les pays possédant les meilleurs moyens diagnostiques et ayant les équipes les mieux entraînées [3, 4]. Ceci s'explique par le fait que les signes révélateurs du cancer de la tête du pancréas (sténose biliaire et/ou digestive) constituent une symptomatologie d'emprunt et traduisent déjà une complication lors de leur apparition [1]. Dans notre série, le délai moyen de consultation après l'apparition du syndrome de cholestase et/ou de la douleur était de 151 jours. Ce long délai de consultation explique notre taux de résécabilité particulièrement faible (6,45%).

Le faible taux de résécabilité rapporté par la majorité des auteurs laisse une place importante à la chirurgie palliative [6-8]. Les interventions alors réalisées

doivent être capables de juguler la douleur, de décompresser les voies biliaires, de court-circuiter la sténose gastroduodénale ou de la prévenir [3, 9, 10] ; trois gestes sont utilisés. Ce sont la dérivation bilio-digestive, la gastro-entéro-anastomose (GEA), la splanchnectomie chirurgicale ou la neurolyse chimique peropératoire [5, 11, 12]. Toutes les sténoses biliaires de notre série ont été traitées par une dérivation bilio-digestive chirurgicale. Il s'agit d'un geste lourd comportant des risques de complication du fait du nombre élevé de sutures digestives réalisées. Ce geste peut être bien supporté lorsque le patient est encore en bon état général. Cependant dans certains cas, il doit être abandonné au profit d'autres techniques proposées par l'endoscopie interventionnelle, en l'occurrence la prothèse biliaire ou stent. Le stent est indiqué chez les patients fragiles, ayant un âge trop avancé, des co-morbidités et des métastases [3,15,16]. Cette prothèse posée par voie endoscopique n'est pas disponible dans notre contexte de travail et sa promotion doit être faite au Burkina Faso.

En ce qui concerne le traitement de la sténose digestive, l'association d'une gastro-jéjunostomie a été quasi systématique, même en l'absence de signes digestifs. Cette attitude est sujette à controverse [4]. L'argument majeur qui la soutient est le fait que 9 à 20% des patients ayant un syndrome de cholestase présenteront plus tard un syndrome de sténose duodénale [10-13]. La nécessité d'une GEA prophylactique se justifie car les obstructions secondaires surviennent surtout chez les patients à survie longue [5], et au moment où ils sont inopérables. Dans notre série, la douleur a été traitée par les antalgiques usuels par voie veineuse ou orale. Ce type d'analgésie inefficace dans certains cas doit être renforcé par la splanchnectomie que nous ne pratiquons pas. Elle permettrait une survie sans douleur et sans prise d'antalgique pendant 3 à 6 mois [10].

La chimiothérapie constitue également un élément important du traitement palliatif. Elle n'a pas été utilisée dans notre série. La gemcitabine est la principale molécule utilisée depuis qu'elle a montré un bénéfice sur la survie sans progression et la survie globale dans les cancers du pancréas localement

avancés ou métastatiques [17-21]. Les résultats très prometteurs des études de phases II des associations d'autres drogues avec la gemcitabine n'ont pas été confirmés par toutes les études de phase III [17]. Cependant une étude randomisée, récente incluant 35 études et comportant 9979 patients a objectivé une amélioration de la survie globale des patients, et de la proportion de réponse aux traitements avec les combinaisons gemcitabine-oxaliplatine et gemcitabine-capécitabine [20]. Ces drogues sont encore difficiles d'accès pour nos patients du fait de leur coût élevé. La radiochimiothérapie néoadjuvante prolongerait la survie globale en rendant résécables certaines tumeurs, en améliorant le contrôle local de la maladie, mais ses effets secondaires souvent redoutables l'empêchent d'être un standard [21]. Du reste, nous ne disposons pas encore d'une unité de radiothérapie.

La durée moyenne de survie de nos patients (8 mois) ayant bénéficié d'une chirurgie palliative est proche de celle de DEZIEL [22] qui était de 8,1 mois. Par ailleurs, la durée moyenne de survie des patients porteurs d'un cancer non résécable du pancréas n'excède pas 6 à 12 mois [16].

Les problèmes de réanimation et ceux engendrés par la fistule pancréatique, expliquent la forte mortalité opératoire dans les DPC dans notre série (2/8). Deux patients ayant eu une DPC ont eu un suivi au-delà du 10ème mois. Malgré ces résultats peu satisfaisants, la DPC reste un geste qui doit être encouragé dans notre contexte. Il est nécessaire avant tout de statuer sur l'envahissement vasculaire qui contre-indique un geste de résection.

CONCLUSION

La duodéno-pancréatectomie céphalique, seul espoir de guérison du cancer de la tête du pancréas, n'est pratiquée que dans une faible proportion de patients au CHU Yalgado Ouédraogo. La chirurgie palliative occupe une place importante du fait du diagnostic tardif. Le pronostic des cancers de la tête du pancréas est mauvais. Il pourrait être amélioré par la sensibilisation des populations à la consultation précoce et l'amélioration du plateau technique.

REFERENCES

- 1- Sano D, Sanou A, Zongo N, Bonkounou G, kaboré RAF, Zida M, Traoré SS (2009). Cancers de la tête du pancréas : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 48 cas au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU/YO). *Oncologie clinique en Afrique*, 6(1) : 15-19.
- 2- Daly-Schveitzer, Cabarrot E, Guimbaud R, Moyal E. (2003) *Cancérologie Clinique*. Masson, Paris, pp181-190.
- 3- Weber JC, Gonzales N, Bachellier P, Wolf P et Jaeck D (2000). Traitement chirurgical palliatif des cancers du pancréas. *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales - Appareil digestif*, 40-894, 8 p.
- 4- El Malki HO, El Mazouz S, Sayeegh H, El Alaoui M, Louchi A, Mdagrhi J (2001). Les tumeurs de la tête du pancréas aux stades avancés. A propos de 100 cas. *Maroc médical*, 23(4): 248-252.
- 5- Di Fronzo LA, Cymerman J, Egrari S, O'Connell TX (1999). Unresectable pancreatic carcinoma: correlating length of survival with choice of palliative bypass. *Am Surg*;65(10):955-8.
- 6- Kim HO, Hwang SI, Kim H, Shin JH (2008). Quality of survival in patients treated for malignant biliary obstruction caused by unresectable pancreatic head cancer: surgical versus non-surgical palliation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*;7(6):643-8.
- 7- Gouma DJ, van Geenen R, van Gulik T, de Wit LT, Obertop H (1999). Surgical palliative treatment in bilio-pancreatic malignancy. *Ann Oncol*;10 Suppl 4:269-72. Review.
- 8- Potts JR 3rd, Broughan TA, Hermann RE (1990). Palliative operations for pancreatic carcinoma. *Am J Surg*;159(1):72-7; discussion 77-8.
- 9- Andtbacka RH, Evans DB, Pisters PW (2004). Surgical and endoscopic palliation for pancreatic cancer. *Minerva Chir*;59(2):123-36. Review.
- 10- Fazal S; Wasif Saif M (2007). Supportive and Palliative Care of Pancreatic Cancer. *JOP. J Pancreas*; 8(2):240-53.
- 11- Huguier M, Baumel H, Manderscheid JC, Houry S, Fabre JM (1993). Surgical palliation for unresected cancer of the exocrine pancreas. *Eur J Surg Oncol*;19(4): 342-7.
- 12- Hussain D, Khan MR, Azami R (2004). Surgical palliation for unresectable pancreatic carcinoma. *J Pak Med Assoc*;54(12):601-4.
- 13- Popiela T, Kedra B, Sierzega M, Kubisz A (2002). Surgical palliation for pancreatic cancer. The 25-year experience of a single reference centre. *Zentralbl Chir*;127(11):965-70.
- 14- Singh SM, Longmire WP Jr, Reber HA (1990). Surgical palliation for pancreatic cancer. The UCLA experience. *Ann Surg*;212(2):132-9.
- 15- Artifon EL, Sakai P, Cunha JE, Dupont A, Filho FM, Hondo FY, Ishioka S, Raju GS. (2006). Surgery or endoscopy for palliation of biliary obstruction due to metastatic pancreatic cancer. *Am J Gastroenterol*;101(9):2031-7.
- 16- Schwarz A, Beger HG (2000). Biliary and gastric bypass or stenting in nonresectable periampullary cancer: analysis on the basis of controlled trials. *Int J Pancreatol*;27(1):51-8.
- 17- Bayraktar S, Bayraktar UD, Rocha-Lima CM (2010). Recent developments in palliative chemotherapy for locally advanced and metastatic pancreas cancer. *World J Gastroenterol* 16(6): 673-682.
- 18- Wilkowski R, Boeck S, Ostermaier S, Sauer R, Herbst M, Fietkau R, Flentje M, Miethe S, Boettcher H D, Scholten T, Bruns CJ, Rau HG, Hinke A, Heinemann V (2009). Cisplatin with or without sequential chemotherapy with gemcitabine/cisplatin vs chemoradiotherapy with concurrent 5-fluorouracil in patients with locally advanced pancreatic cancer – a multi-centre randomised phase II study. *Br J Cancer* 101(11): 1853-1859.
- 19- Moore MJ, Goldstein D, Hamm J, Figer A, Hecht JR, Gallinger S, Au HJ, Murawa P, Walde D, Wolff RA, Campos D, Lim R, Ding K, Clark G, Voskoglou-Nomikos T, Ptasynski M, Parulekar W (2007). Erlotinib plus gemcitabine compared with gemcitabine alone in patients with advanced pancreatic cancer. A phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical trials group. *J Clin Oncol* 25:1960-1966.
- 20- Hu J, Zhao G, Wang HX, Tang L, Xu YC, Ma Y, Zhang FC (2011). A meta-analysis of gemcitabine containing chemotherapy for locally advanced and metastatic pancreatic adenocarcinoma. *Hu et al. Journal of Hematology & Oncology* 4(11):1-15.

21- Brunner TB, Scott-Brown M (2010). The role of radiotherapy in multimodal treatment of pancreatic carcinoma. *Radiat Oncol* 5(64):1-12.

22- Deziel DJ, Wilhelmi B, Staren ED, Doolas A (1996). Surgical palliation for ductal adenocarcinoma of the pancreas. *Am Surg*;62(7):582-8.