

ARTICLE ORIGINAL

LE CANCER GASTRIQUE AU SÉNÉGAL : ANALYSE D'UNE SÉRIE MONO-CENTRIQUE DE 105 CAS.

GASTRIC CANCER IN SÉNÉGAL : ANALYSIS OF A SINGLE CENTER SERIES OF 105 CASES.

PS DIOP, FK OWONO DIALLO; I KA; JM NDOYE, B FALL

Service de Chirurgie Générale-Hôpital Général de Grand Yoff, Dakar (Sénégal)

RÉSUMÉ

But : apprécier les caractéristiques anatomocliniques et le devenir d'une série de patients.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une analyse rétrospective de 105 dossiers de patients pris en charge par la même équipe et suivis de janvier 2002 à juin 2009.

Résultats : L'adénocarcinome représentait 97% des cancers de l'estomac. L'âge moyen des patients était de 58 ans avec des extrêmes de 34 et 85 ans. Le diagnostic était tardif avec un délai moyen d'évolution de la symptomatologie clinique de cinq mois. L'état général était altéré avec un index de performance OMS supérieur à 2 chez 64,5% des malades. La répartition selon la topographie tumorale montrait une prédominance des formes antro-pyloriques. La maladie était avancée avec plus de 70 % de stades III et IV selon la classification TNM (UICC 2002). Le taux de résécabilité était de 32,3 %. Aucun de nos patients n'avait bénéficié de chimiothérapie. La survie globale à cinq ans était estimée à 8,5%.

Conclusion : Le pronostic péjoratif semblait être majoré par le diagnostic tardif dans notre série. Une amélioration de la survie passerait par une détection précoce. Une endoscopie digestive devant tout signe digestif persistant est à notre portée. La chimiothérapie pourrait être envisagée chez des patients sélectionnés.

Mots clés : Estomac, adénocarcinome, gastrectomie.

SUMMARY

Purpose: The aim of this study was to evaluate the clinicopathologic characteristics and outcome of a series of patients.

Material and methods: This was a retrospective analysis of 105 cases of patients cared for by the same team and followed from January 2002 to June 2009.

Results: Adenocarcinoma accounted for 97% of cancers of the stomach. The mean age was 58 years ranging from 34 to 85 years. The diagnosis was delayed with an average time of evolution of the clinical symptoms of five months. The general condition was altered with a WHO performance index greater than 2 in 64.5% of patients. The distribution by topography tumor showed a predominance of antro-pyloric forms. The disease was advanced with more than 70% of stages III and IV according to TNM classification (UICC 2002). The resectability rate was 32.3%. None of our patients had received chemotherapy. Overall survival at five years was estimated at 8.5%.

Conclusion: The poor prognosis seemed to be increased by late diagnosis in our series. An improvement in survival would be through early detection. GI endoscopy in any persistent digestive sign is within our reach. Chemotherapy may be considered in selected patients.

Keywords: Stomach, adenocarcinoma, gastrectomy

Tirés à part

DIOP Papa Saloum
BP 6633 Dakar – Etoile

Maitre-assistant de chirurgie générale
Email : dioppapasaloum@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le cancer gastrique reste au deuxième rang des causes et de la mortalité pour cancer dans le monde [1]. Son incidence est corrélée à des variations géographiques. Les bas taux sont rapportés aux USA, en Europe de l'Ouest et de forts taux dans l'Est de l'Asie, en Amérique du Sud et en Europe de l'Est [2, 3]. Son incidence réelle n'est pas connue en Afrique. Le diagnostic se fait le plus souvent à un stade avancé. La résection chirurgicale reste le seul traitement curatif validé à ce jour. La survie globale à 5 ans est faible aux alentours de 20% si on exclut le Japon où elle avoisine 60% au prix de programmes de dépistage et de l'adjonction de chimiothérapie voire de radiothérapie [4]. Le but de notre travail était d'apprécier le pronostic de nos patients et d'évaluer notre prise en charge en vue de son amélioration sur la base des derniers consensus sur le sujet.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de sept ans et six mois (Janvier 2002- Juin 2009) portant sur des patients pris en charge pour cancer de l'estomac dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général de Grand Yoff. Les paramètres étudiés furent le profil épidémiologique, les éléments du diagnostic, la prise en charge et le devenir des patients. Les données ont été collectées dans la base de données du service et analysées avec le logiciel SPSS version 13.0. Les résultats sont exprimés en moyenne ou en pourcentage. La survie est estimée selon la méthode de Kaplan-Meier.

RÉSULTATS

Nous rapportons une série de 105 patients dont l'âge moyen était de 58 ans (extrêmes de 34 et 85 ans); 21% des malades avaient moins de 50 ans. La majeure partie (62,9%) avait entre 50 et 69 ans. La répartition en fonction du sexe révèle un sex-ratio de 1,23 avec 58 hommes (55,2%) pour 47 femmes (44,8%). Le délai moyen de la symptomatologie clinique était de 5,3 mois (extrêmes de 2 et 19 mois). Les signes fonctionnels les plus fréquemment retrouvés, isolés ou associés étaient par ordre de fréquence: une épigastrie (64,7%), un amaigrissement (55,2%), des vomissements (32%), une dyspepsie (13,3%), une asthénie (13%), une anorexie (12,3%). Seuls 3,8% des patients ont rapporté une hématemèse. Le statut selon l'échelle de performance OMS (Tableau I) était supérieur à 2 chez 64,5% des patients au moment du diagnostic.

Tableau I: Echelle de performance de l'OMS

	Définition
0	Activité normale
1	Patient symptomatique mais ambulateur
2	Alitement <50% du temps
3	Alitement >50% du temps
4	Alitement permanent

Une masse épigastrique était palpée à l'examen dans 23,8% des cas. Le bilan radiologique et endoscopique (transit baryté œsogastroduodénal, fibroscopie digestive haute) a révélé une topographie tumorale répartie comme suit: 82,8% antro-pylorique, 14,2% corporelle et 3% fundique. On notait 9,1% de tumeurs sténosantes. Le type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome (97%) en majorité moyennement différencié, suivi des lymphomes (1,5%) et des tumeurs stromales (1,5%). La classification de Lauren du groupe des adénocarcinomes nous a permis de noter 80% de formes intestinales et 17% de formes diffuses. Le bilan d'extension basé essentiellement sur la tomomodensitométrie (TDM) thoraco-abdominale a révélé des métastases : 19,6% hépatiques, 2% pancréatiques, 2% spléniques, 9,3% de carcinomes péritonéaux. La coelioscopie diagnostique a permis de contre-indiquer la laparotomie devant un doute sur une carcinose massive. L'écho-endoscopie n'a pas été pratiquée durant cette période. Le dosage des marqueurs tumoraux n'a pas été systématique. Au terme de ce bilan, la classification en stades (UICC 2002) des patients (Tableau II) se répartissait comme suit: stade I (11,4%), stade II (12,4%) stade III (27,6%), stade IV (48,6%).

Tableau II : Données anatomo-cliniques et chirurgicales

	Effectifs	Pourcentage
Sexe (M/F)	58/47	55,2 / 44,8
Age	58±12	
Localisation (1/3<,1/3 moyen,1/3>)	86/16/3	82/15,2/2,8
Histologie		
Adénocarcinome	103	98
Lymphome	1	0,95
GIST	1	0,95
Stade		
I	12	11,4
II	13	12,4
III	29	27,6
IV	51	48,6
Résécabilité (oui / non)	34/71	32,3/67,7
Morbidité	11	10,5

Nous avons classé nos patients en deux groupes:

- le groupe I (32,3%): patients ayant bénéficié d'une résection tumorale
- le groupe II (67,7%): patients ayant eu soit une chirurgie palliative, une biopsie simple, une coelioscopie exploratrice.

Dans le groupe I de 34 patients: le type de résection a été dans 91,2% des gastrectomies partielles avec rétablissement de la continuité selon le procédé de Finsterer et 8,8% de gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale termino-latérale sur anse en Y selon Roux. Le curage ganglionnaire a été de type D1 pour les gastrectomies subtotaux et de types D2 sans splénectomie pour les gastrectomies totales. Dans le groupe II de 71 patients: seuls 57 ont pu bénéficier d'une chirurgie palliative avec 94,7% de gastroentéro-anastomoses. Le taux de morbidité était de 10,5% (4 fistules anastomotiques, 2 hématémèses, 4 troubles hémodynamiques, 1 insuffisance respiratoire aigüe) et le taux global de mortalité postopératoire de 14,7%. La survie globale (Figure1) selon la méthode de Kaplan-Meier était de 29,9% à un an, de 19,1% à deux ans et de 8,5% à cinq ans. Aucun de nos malades n'a bénéficié d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie.

Survie cumulée

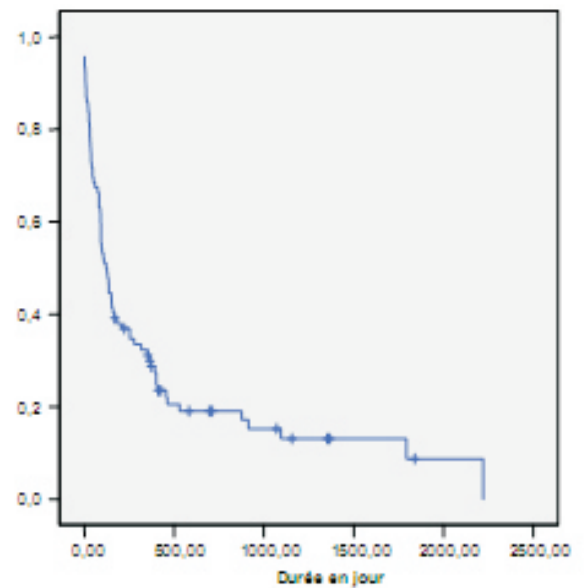


Figure1 : Courbe de survie des patients de la série

COMMENTAIRES

Le cancer gastrique au Sénégal est caractérisé par son mauvais pronostic avec une mortalité estimée dans notre étude à 91,5% à cinq ans. Cette série est la publication la plus récente. Dans deux travaux antérieurs au CHU le Dantec non publiés, Niang et al dans le service de médecine ont rapporté une série de 220 cas en sept ans (1983 à 1991) dans le service de médecine interne alors que Dieng et al, dans le service de chirurgie ont rapporté 60 cas en quatre ans (1994 et 1998). L'incidence de la maladie est plus élevée au Japon [2,3]. La fréquence relative en Afrique, comparable d'un pays africain à un autre, est dans l'ensemble faible par rapport aux données mondiales. Dans notre service, malgré une fréquence moyenne de 14 nouveaux cas par an, les tumeurs gastriques sont au premier rang de toutes les tumeurs digestives. Cette faible incidence a été retrouvée dans des études africaines récentes: ivoirienne [5] rapportant 36 cas en cinq ans, gabonaise avec 79 cas en neuf ans [6], centrafricaine [7]. L'essentiel des patients soit 62,9% avaient un âge compris entre 50 et 69 ans, faisant l'unanimité avec les séries africaines. Le mauvais pronostic du cancer gastrique impose un diagnostic précoce. Mais il n'est pas aisé, car au stade précoce de tumeur résécable et curable plus de 50% des malades présentent des signes cliniques non spécifiques telle une dyspepsie isolée. Dans des séries européennes, 1 à 2% des endoscopies pour dyspepsie révélaient une tumeur [8,9]. Dans les zones de faible incidence il est recommandé de surveiller les patients présentant des facteurs de risque [9,10]. Pour nos populations la surveillance pourrait être systématique chez les

porteurs d'ulcère gastrique traité avec éradication d'*Helicobacter Pylori* et de faire une fibroscopie digestive devant tout signe digestif persistant. L'endoscopie est le plus spécifique, le plus sensible des méthodes diagnostiques, permettant de localiser et de biopsier la tumeur pour l'examen histologique. L'écho-endoscopie apprécie l'envahissement pariétal et l'état des ganglions péri-gastriques, il a été rapporté des taux de 50 à 87 % de prédiction positive sur le statut des ganglions. C'est l'élément clé de la stadification préopératoire [4, 11, 12]. Le scanner a une sensibilité de 88 % dans l'étude de l'extension loco-régionale de la maladie, la résonance magnétique nucléaire ne semble pas supérieure [13, 14]. Au vu de ces données de la littérature, notre série est un cumul d'éléments de mauvais pronostic. Le diagnostic est tardif ; au stade d'altération de l'état général avec amaigrissement important, des signes digestifs chroniques, des tumeurs palpables, un ensemble d'éléments en faveur d'une extension locorégionale de la maladie. Cette présentation du cancer gastrique n'est pas rare dans la littérature: Cissé au Mali [15], Karayuba au Burundi [7], Veloso en Espagne [16], Kunisaki au Japon [17]. La chirurgie était notre principale option thérapeutique. Le taux de résécabilité de 32,3% était faible, avec une prédominance des gastrectomies partielles et un rétablissement de la continuité selon le procédé de Finsterer et 8,8% de gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale sur anse en Y selon Roux. Le curage ganglionnaire a été de type D1 pour les gastrectomies subtotaux et de types D2 sans splénectomie pour les gastrectomies totales. L'étendue de l'exérèse dans les tumeurs résécables est dictée par la taille, la localisation et la possibilité d'avoir des marges gastriques saines. La marge idéale est de 5 cm dans les formes intestinales et de 10 cm dans les formes diffuses [18, 19, 20]. Les tumeurs du 1/3 supérieur relèvent de la gastrectomie totale avec anastomose oesogastrique. Les tumeurs du 1/3 moyen et du 1/3 distal sont sources de controverse. Heberer et al [20] à partir d'une étude européenne rapportant les résultats de 62 centres démontrent que 44 % des chirurgiens préfèrent une gastrectomie totale surtout devant toute forme diffuse pour éliminer le risque d'une éventuelle récurrence. Bozzetto et al [21] montrent dans une méta-analyse que les tumeurs des 2/3 inférieurs de l'estomac ayant bénéficié d'une gastrectomie sub-totale ou d'une totale avait la même survie à 5 ans. Cette étude montrait aussi que les patients bénéficiant d'une gastrectomie

sub-totale avaient une courte hospitalisation, un meilleur état nutritionnel, moins de complications infectieuses et une meilleure qualité de vie. La valeur thérapeutique de l'étendue du curage reste controversé. Des auteurs Japonais rapportent des survies de 50 à 62 % à 5 ans pour des stades avancés ayant bénéficié des curages extensifs (D2), contre 10 à 15 % pour des résections seules [17]. Le curage améliore le pronostic mais pose le problème de sa morbidité quand il est extensif. Cuschieri et al [22] dans une étude randomisée de 400 cancers avancés résécables avec 200 curages D1 et 200 curages D2 montrent l'absence de différence dans la survie à 5 ans (33 % vs 35 %); en revanche, ils notaient deux fois plus de mortalité post-opératoire et de morbidité dans le groupe D2. Une alternative raisonnable, avec réduction de la morbidité est de réaliser un curage D1 pour les tumeurs antrales et un curage D1,5 (D2 sans splénectomie) pour les tumeurs des 2/3 supérieurs [23]. Dans notre série seuls deux patients ont bénéficié d'une gastrectomie totale avec un curage D2 sans splénectomie. Tous les autres ont eu une gastrectomie sub-totale avec curage D1. Notre option en cas de résécabilité était guidée par la limitation de la morbidité et la gestion des problèmes nutritionnels en postopératoire. Des avancées sont notées avec la chimiothérapie péri-opératoire associant Epirubicine-Cisplatine-5 Fluorouracile depuis la publication des résultats de l'essai MAGIC [24] dont les résultats sont en faveur d'une amélioration de la survie globale et de la survie sans maladie. La radio-chimiothérapie cherche toujours sa place dans le contrôle local de la maladie.

CONCLUSION

Le cancer gastrique reste une préoccupation majeure dans notre pratique de la cancérologie digestive par son taux de mortalité et le faible taux de malades opérables à visée curative. Les traitements adjuvants, même si leur utilité commence à être admise n'est pas à la portée de la majeure partie de nos patients. Nous l'envisageons dans le futur pour améliorer la survie des stades précoces avec un état général conservé. La réduction de son incidence passera par une exploration endoscopique systématique devant toute symptomatologie digestive évocatrice d'une gastropathie en vue d'un diagnostic précoce.

BIBLIOGRAPHIE

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2005;55(2):74-108.
2. Roukas DH, Kappas AM. Perspectives in the treatment of gastric cancer. *Nat Clin Prat Oncol* 2005; 2(2):98-107.
3. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents. *J Clin Oncol* 2006; 24 (14).
4. Tsubono Y, Hisamichi S. Screening for gastric cancer in Japan. *Gastric cancer* 2000; 3(1):9-18.
5. Koffi E, Kouassi J.C: Le cancer gastrique : Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu tropical. Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire*;1999, 46 (1)
6. Kombila J.B et al: Les cancers de l'estomac au Gabon Service de Médecine A, CHL de Libreville. Service d'histopathologie, FMSS Libreville. Gabon. 1999 Volume 29 - N° 4
7. Karayuba R, Armstrong O, Habonimana et al. Le traitement chirurgical des cancers gastriques au Chu de Kamenge (Bujumbura). *Médecine d'Afrique Noire* : 1993, 40 (10)
8. Borch K, Jonsson B, Tarpila E, et al. Changing patterns of histological type, location, stage, and outcome of surgical treatment of gastric carcinoma. *Br J Surg* 2000; 87: 618-626.
9. Dicken JB, Bigam DL, Cass Carol, et al. Review and Considerations for future Directions. *Ann Surg* 2005; 241:27-39
10. HaungX-E, Tajima K, Hamajima N, et al. Effects of dietary, drinking, and Smoking habits on the prognosis of gastric cancer. *Nutr Cancer* 2000;38:30-36.
11. Sadowski DC, Rabeneck L. Gastric ulcers at endoscopy: brush, biopsy, or both? *Am J Gastroenterol* 1997; 92:608-613.
12. Willis S, Truong S, Gribnitz S, et al. Endoscopic ultrasonography in the Preoperative staging of gastric cancer: accuracy and impact on surgical therapy. *Surg Endosc* 2000;14:951-954.
13. Kuntz C, Herfarth C. Imaging diagnosis for staging of gastric cancer. *Semin Surg Oncol* 1999;17:96-102.
14. Motahara T, Semelka RC. MRI in staging of gastric cancer. *Abdom Imaging* 2002; 27:376-383.
15. Cissé MA, Sangaré A, Delaye A, Soumare A. (1993). Traitement du cancer gastrique. Etude retrospective de 58 cas opérés dans le service de chirurgie A à l'hôpital du point G à Bamako. *Médecine d'Afrique Noire* 1993; 40(4).
16. Veloso MTR, Diaz P, Abaira V, et al. Advanced gastric cancer: characteristics at presentation and therapeutic possibilities. *Rev Esp Emferm Dig* 2003; 95.(12):844-850.
17. Kunisaki C, Akiyama H, Shimada H, et al. Surgical Outcomes in patients with T4 Gastric Carcinoma. *J Am Coll Surg* 2006; 202:223-230.
18. Ito Hirochima, Clancy ET, Whang E et al. Adenocarcinoma of the gastric cardia: What is the optimal surgical approach? *J Am Coll. Surg* 2004;199:880-886.
19. Bozzetti F, Bonfati G, Bufalino R, et al. A. Principales of surgical radicality in the treatment of gastric cancer. *Surg Oncol Clin North Am* 2001; 10: 803-854.
20. Heberer G, Teichmann RK, Kramling HJ, et al. Results of gastric resection for carcinoma of the stomach: the European experience 1988; *World J Surg*; 12:374-381.
21. Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G, et al. Subtotal versus total gastrectomy For gastric cancer 1999; five year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. *Ann Surg*;230:170-178.
22. Cuschieri A, Weeden S, Fielding J, et al. Patient survival after D1 and D2 resections for gastric cancer: long-term results. *Br J Cancer* 1999; 79:1522-1530.
23. Degiuli M, Sasako M, Calgaro M, Minecchia M et al. Morbidity and Mortality after D1 and D2 gastrectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30: 303-308.
24. Cunningham D, Allun W, Stenning S, Thompson C, Nicholson M et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N. Engl J M* 2006; 355:11-20.