

DERIVATIONS BILIO-DIGESTIVES DANS LA CHIRURGIE PALLIATIVE DU CANCER DE LA TÊTE DU PANCREAS AU CHU GABRIEL TOURE

Bilio-Digestives Derivative In The Palliative Surgery Of Pancreatic Head Cancer At The CHU Gabriel TOURE

Sidibé BY¹, Dembélé BT¹, Bah A¹, Maiga A¹, Coulibaly A¹, Traoré A¹, Konaté M¹, Kelly B¹, Traoré AA¹, Koné T¹, Karembé B¹, Kanté L¹, Diakité I¹, Almeimoune AH², Togo A.

¹ Département de chirurgie CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali ; ² Département d'anesthésie, de réanimation et de médecine d'urgence CHU Gabriel Touré

Correspondant : Dr Boubacar Yoro Sidibé, Chirurgien au CHU Gabriel Touré ; Tel : 76205101 ; E-mail : byoro82gmail.com

RESUME

Objectifs : Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence des dérivations bilio-digestives dans la chirurgie palliative dans les cancers de la tête du pancréas, de déterminer les aspects cliniques et para cliniques et d'analyser les résultats du traitement. **Méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 15 ans allant de 1999 à 2014 incluant tout patient présentant un cancer du pancréas confirmé à l'anatomo-pathologie traité par la chirurgie palliative dans le service. **Résultats :** En 15 ans, 152 cas de cancer de la tête du pancréas ont été opérés dans le service. La dérivation bilio-digestive a été réalisée chez 78 patients soit 51,32%. L'âge moyen était de 58,61 ans±11,22 ans et des extrêmes de 34 et 79 ans, le sex-ratio était de 1,44. La durée d'évolution de la maladie a été en moyenne de 4,88 mois avec un écart-type de 4,28 mois et des extrêmes de 1 et 24 mois. La loi de Courvoisier-Terrier était observée dans 76 cas avec des lésions de grattage dans 96,15% (n=75) des cas. La taille moyenne de la tumeur pancréatique était 62,98 mm et écart-type=8,68 avec des extrêmes de 45 et 121 mm. Nous avons réalisé une anastomose cholédoco-duodénale et une gastro-entéro-anastomose (GEA) dans 85,90% des cas (n=67), une anastomose cholédoco-jéjunale et une GEA dans 7 cas et une anastomose cholédoco-duodénale sans GEA dans 4 cas. La morbidité était de 15,4% ; et la mortalité de 6,41%. A 6 mois une disparition complète de la majorité des signes fonctionnels a été observée.

Conclusion : Le cancer du pancréas est une tumeur à évolution lente, par conséquent son diagnostic est tardif. La dérivation permet d'améliorer la qualité de vie des patients. **Mots clés :** Chirurgie palliative, cancer, pancréas

ABSTRACT

Objectives: Our objective was to determine the frequency of bilio-digestive bypass in palliative surgery in pancreatic head cancers, to determine the clinical and para-clinical aspects and to analyze the results of the treatment. **Methods:** This was a 15 year retrospective study from 1999 to 2014 including any patient with confirmed pancreatic cancer in the anatomo-pathology treated by palliative surgery in the department. **Results:** In 15 years, we operated 152 cases of cancer of the head of the pancreas. The bilio-digestive derivation was performed in 78 patients, or 51.32%. The average age was 58.61 years ± 11.22 years with the extremes of 34 and 79 years old, the sex ratio was 1.44. The disease duration was 4.88 months on average with a standard deviation of 4.28 months and extremes of 1 and 24 months. Courvoisier-Terrier's disease was observed in 76 cases with lesions of the cases. The average pancreatic tumor size was 62.98 mm, and standard deviation = 8.68 with the extremes of 45 and 121 mm. We performed a choledoco-duodenal anastomosis and a gastro-entero-anastomosis (GEA) in 85.90% of cases (n = 67), a choledocojejunal anastomosis and a GEA in 7 cases and a choledoco-duodenal anastomosis without GEA in 4 cases. The morbidity and the mortality rates were 15.4% and 6.41%, respectively. At six (6) months postsurgery, a complete disappearance the majority of the functional signs was observed. **Conclusion:** Pancreatic cancer is a slowly developing tumor. Therefore its diagnosis is late; the derivation makes it possible to improve the quality of life of the patients. **Keywords:** Palliative surgery, cancer, pancreas.

INTRODUCTION

Le cancer du pancréas demeure une pathologie fréquente, de découverte tardive avec un pronostic sombre malgré les avancées technologiques et progrès dans le monde médical [1].

On note aujourd'hui une incidence standardisée dans le monde entier de 319 pour 100.000 habitants, soit 3% de l'ensemble des

cancers et près de 10% des cancers digestifs dans le monde [1]. Le taux de survie à 5 ans tous stades confondus est d'environ 5% aux USA et en Europe [2].

Dans les pays en développement notamment au Mali, le diagnostic est tardif. Le traitement palliatif améliore souvent le confort des

patients en permettant la disparition des complications mécaniques et/ ou algiques [3]. Le but de notre travail était d'évaluer la pratique de la chirurgie palliative des cancers du pancréas.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 15 ans allant de 1999 à 2014. Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant un cancer de la tête du pancréas confirmé à l'examen l'anatomo-pathologie traité par la chirurgie palliative (dérivations bilio-digestives) dans le département de Chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

Les supports de données ont été les dossiers des patients, le registre de compte rendu opératoire, le registre des résultats histologiques. Les critères de jugement ont été la régression ou la disparition de l'ictère, du prurit, des vomissements, et une reprise de poids. Le test statistique de comparaison a été le test Chi2 de EPI6 (test significatif si $p < 0.05$)

RESULTATS

En 15 ans, 152 cas de cancer de la tête du pancréas ont été opérés dans le service. La dérivation bilio-digestive et les biopsies ont été réalisées chez 78 patients soit 51,32%. La duodéno-pancréatectomie céphalique a été faite chez 15 patients et les biopsies seules chez 59 patients. L'âge moyen des patients était de 58,61 ans \pm 11,22 ans et des extrêmes de 34 et 79 ans, le sex-ratio était de 1,44. La durée d'évolution de la maladie a été en moyenne de 4,88 mois avec un écart-type de 4,28 mois et des extrêmes de 1 et 24 mois. Les principaux signes cliniques retrouvés sont représentés dans le tableau 1

Tableau 1 : signes cliniques

| Signes physiques (n=78) | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------------|----------|-------------|
| Douleur abdominale | 51 | 65,39 |
| Anorexie | 71 | 91,03 |
| Vomissements | 34 | 43,59 |
| Urines foncées | 75 | 96,15 |
| Selles décolorées | 70 | 89,74 |
| Ictère | 77 | 98,72 |
| Grosse vésicule biliaire palpable | 76 | 97,44 |
| Lésions de grattage | 75 | 96,15 |
| Hépatomégalie | 31 | 39,74 |
| Masse abdominale | 54 | 69,23 |
| Ascite | 14 | 17,95 |

La loi de **Courvoisier-Terrier** était observée dans **76 cas** (ictère+ grosse vésicule biliaire palpable), avec des lésions de grattage dans 96,15% (n=75) des cas. La taille moyenne de la

tumeur pancréatique était 62,98 mm et écart-type=8,68 avec des extrêmes entre 45 et 121 mm. La TDM a été réalisée chez 64 patients (82,05%). L'adénocarcinome a été le type histologique le plus fréquent soit 94,87%. Tous les patients étaient stade IV. Une anastomose cholédoco-duodénale et une gastro-entéro-anastomose (GEA) ont été réalisées dans 85,90% des cas (n=67), une anastomose cholédoco-jéjunale et GEA dans 7 cas et une anastomose cholédoco-duodénale sans GEA dans 4 cas. La morbidité était de 15,4% et la mortalité de 6,41% en post opératoire immédiate (J 30). La régression des principaux symptômes a été notée dans le tableau 2.

Tableau 2 : suites opératoires après 3 mois

| Suites à 3 mois (n=46) | Absent | | Présent | |
|------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Ictère | 55 | 98,21 | 1 | 1,79 |
| Douleur | 50 | 89,29 | 6 | 10,71 |
| Prurit | 56 | 100 | 0 | 0 |
| Urines foncées | 56 | 100 | 0 | 0 |
| Selles décolorées | 56 | 100 | 0 | 0 |

A 6 mois une disparition complète de la majorité des signes fonctionnels a été observée.

Discussion

Le cancer du pancréas occupe le 12^{ème} rang des cancers, soit 2,4% dans le monde [4].

Il représente 10% des cancers digestifs au Calvados en France [5].

Le cancer de la tête du pancréas occupe la 3^{ème} place parmi les cancers digestifs après celui de l'estomac et le côlon dans notre service [6].

Le sexe n'est pas un facteur de risque déterminant du cancer de la tête du pancréas [7 ; 8]. Les hommes ont été les plus nombreux dans notre étude avec un sex-ratio de 1,44 comme dans les séries française, Burkinabée, brésilienne, espagnole, et burundaise respectivement (1,11 ; 4,36 ; 1,15 ; 1,18 et 2,56) [4 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12]. Ceci pourrait s'expliquer par la consommation d'alcool et de tabac comme facteur de risque [12,13].

La douleur abdominale représente dans la littérature le symptôme le plus fréquent avec 60 à 80% des cas [6 ; 14 ; 15]. Elle traduit un envahissement du plexus solaire ou une compression du canal de Wirsung entraînant une hyperpression intra canalaire [6 ; 14 ; 15]. Les signes fonctionnels ont été dominés dans notre étude par l'anorexie, le prurit et la douleur abdominale (91,03% ; 85,90% et 65,39%). Ces taux sont sans différence statistiquement significative avec ceux retrouvés dans les autres séries ($p > 0,05$) [11 ; 12 ; 16]. La proportion de l'ictère dans notre

étude était de 98,72% ; Cette proportion ne diffère pas statistiquement des auteurs espagnol, burundais, français et camerounais, respectivement (83,05% ; 84,6 ; 81,8 ; 85,54 et 87,5 ;) [11 ; 12 ; 17 ; 18].

Une grosse vésicule a été palpée dans 97,44% associée à un ictère cholestatique faisant évoquer un cancer de la tête du pancréas (loi de Courvoisier-Terrier) chez nos malades. Ce résultat était sans différence statistiquement significative avec des autres auteurs ($p > 0,05$) [12, 16]. La masse épigastrique et l'hépatomégalie ont été retrouvées respectivement dans 69,23% ($n=54$) et 39,74% ($n= 31$) des cas. Ces taux sont supérieurs à ceux trouvés par ces auteurs [11, 12, 16] avec une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon et le stade de la maladie.

Plusieurs auteurs préfèrent la pratique des anastomoses cholédoco-duodénales de pratique plus aisée, associée à une gastro-entéro-anastomose (GEA) [6].

L'anastomose cholédoco-duodénale associée à une gastro-entéro-anastomose (GEA) ont été les plus effectuées dans notre étude soit 85,90% de nos patients. Ce taux était statistiquement supérieur à celui de TAKONGMO au Cameroun [18] soit 62,96%. Ceci pourrait être lié à l'expérience de l'opérateur et à l'état du malade.

L'adénocarcinome a été retrouvé chez 94,87%. Ce résultat ne diffère pas de ceux des autres auteurs [10, 11, 12].

Tous nos malades étaient au stade IV du cancer de la tête du pancréas. Ce résultat ne diffère pas de celui de RIDWELSKI en Allemagne [19].

Les complications immédiates ont été marquées par la fistule biliaire, la suppuration pariétale (8,97% et 6,41%). Ces résultats ne sont pas différents de ceux de TOVAR à l'Espagne [11]

Nous avons enregistré 6,41% de décès dans notre étude, ce qui ne diffère pas au taux trouvé dans la série espagnole (6,8%) [11] ($p > 0,05$).

CONCLUSION

Le cancer du pancréas est une tumeur à évolution lente, par conséquent son diagnostic est tardif. Les dérivations permettent d'améliorer la qualité de vie des patients par la réduction du prurit, de l'ictère, et des vomissements.

REFERENCES

- [1]- Cronin fenton DP, Erichsen R, Mortensen, Dikinis, Norgaard, Jacobsen. Pancreatic Cancer Survival in Central and northern Denmark from 1998 Through 2009:a Population Based Cohort Study. *Clinical epidemiology* 2011;3 (suppl):19-25
- [2]- Sant M, Allemani C, Santaquilani M et al. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *Eur J cancer* 2009;45: 931-91
- [3]- O Sacko, ZZ Sanogo, A Camara, S Koumaré, A Koïta, S Keïta, L Soumaré, M Camara, D Goïta, D Sangaré. Dérivations bilio-digestives dans la chirurgie palliative du cancer de la tête du pancréas : à propos de 45 cas. *Revue Africain de chirurgie et spécialités*, 2012 ; (6) : 3.
- [4]- Ferlay Jacques. Le cancer du pancréas dans le monde (worldwideburden of pancreatic cancer). E- mémoires de l'académie nationale de chirurgie. 2014, 13 (4) :012-6.
- [5]- Lefèvre H, Launoy G, Arsène D. Epidémiologie et pronostic des cancers du pancréas dans le département de Calvados : tendances évolutives sur 20ans. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26:8399-20
- [6]- A Traoré, B T Dembélé, A Togo, L Kanté, I Diakité, M Konaté, A Traoré, A Bah, B Y Sidibé, B Karembé, D Kanté, A Koné, L Charavé, D M Diango, G Diallo. Cancers de la tête du pancréas : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE . *J afrchir digest* 2015, vol 15(1) : 1799 – 1803.
- [7]- Bochatay L. Girardin M. Bichard P. Frossard J L. Cancer pancréatique épidémiologie et dépistage. *Rev med Suisse* 2014, 10:1582-5.
- [8]- Heather C. Mery M. Prithwish DE. Dagny D. Larry E. Maureen M. Loraine M. Hannah K. Statistiques canadiennes sur le cancer mai 2012. Issn 0835-2976.
- [9]- A.T.Bambara, M. Zida, E. Ouangré. (2014) tumeurs de la tête du pancréas : un défi diagnostique et thérapeutique à Ouagadougou. *J. Afri. Cancer* 6:17-21
- [10]- Zeni L B. Russi R F. Fialho A F. Fonseca A L P. Sombrio L S. Rocha I C. Morbidity and mortality of pancreatic tumors undergoing surgical treatment. *Abcdarq bras cir dig* 2014, 27(4):275-9.
- [11]- Tovar Jame Ruiz. Elena Martin Perez. Maria Encarnacion Fernandez Contreras. Maria Eugenia Reguerocallejas. Carlos Gamallo A mat. Identificacion de factores pronostico en el cancer de pancréas. *Cir cir* 2011. 79:338-48.
- [12]- Ntagirabiri R. Niyonkuru S. Karayuba R. Ndayisaba G. Marerwa G. Cancer du pancréas au Burundi, expérience du chu de kamenge. *J.afri. Hepatol. Gastroenterol.* 2012, 6:312-314.

[13]- IARC. Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Volume 83. Lyon, France: IARC Press, 2004:1473

[14]- Frexinos J, Buscail L. Hepatogastro-entérologie et proctologie. Paris : masson, 2003 :710.

[15]- Lesur G, Sauvanet A, Levy P, Belghiti J, Bernades P. Cancer du pancréas exocrine. Encycl. Med. Chir. (paris- france) 1995 :106-7.

[16]- Coulibaly S. Keita K. Sissoko S B. Diallo M. Touré M. Sidibe S. Apport de l'échographie dans le diagnostic des tumeurs du pancréas au CHU du point G (contribution of ultrasonography in the diagnosis of pancreatic tumors at the point G hospital). J afr imag med 2014 ; (6). 4: 10-17.

[17]- Trigui B. Barrier A. Flahault A. Huguier M et les Associations Universitaires de Recherche en Chirurgie. Facteurs pronostiques des cancers avancés du pancréas. Analyse multifactorielle et score prédictif de survie. Ann chir 2000 ; 125 :625-30.

[18]- Takongmo S. Nko'amveme S. Biwole M. Essame J L. Masso-Misse P. Malonga E. Une démarche diagnostique des cancers du pancréas exocrine en milieu tropical. Medecine d'Afrique noire 1994 ; 41 (1).

[19]- Ridwelski K. Meyer F. Schmidt U. Lippert H. Results of surgical treatment in ampullary and pancreatic carcinoma and its prognostic parameters after R0 - resection. Zentralblchir 2005;130: 353-61.