

Adénocarcinome multiple du jéjunum

Adenocarcinoma of jejunum with multiple localisation

سرطان الصائم ذو عدة تموضعات

A. Ehirchiou, H. Laraoui, H. Tahiri, R. Barni, M. Yaka, I. Miko, M. Chems, S. Alkandry, M.I. Janati

Introduction

Tumeurs rares, les cancers primitifs du jéjunum sont les moins fréquents des cancers digestifs, leurs diagnostics sont encore tardifs car leurs symptomatologies frustes n'incitent pas à les rechercher, pourtant il est probable qu'un diagnostic et un traitement plus précoces permettraient un pourcentage de guérison définitive. Nous rapportons une observation avec revue de la littérature.

Observation

Il s'agit d'un patient de 47 ans adressé en urgence pour occlusion intestinale. Il n'avait pas d'antécédent particulier. L'examen clinique d'entrée montrait une altération de l'état général avec amaigrissement, une asthénie et une anorexie. Les douleurs abdominales prédominaient au niveau de la région péri ombilicale associées à un météorisme avec arrêt des gaz et ralentissement du transit. Le reste de l'examen clinique était normal. Le bilan biologique standard était normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait des niveaux hydroaériques compatibles avec une occlusion du grêle.

Le scanner abdominal montrait une dilatation du grêle proximal avec un épanchement de faible abondance (figure 1).

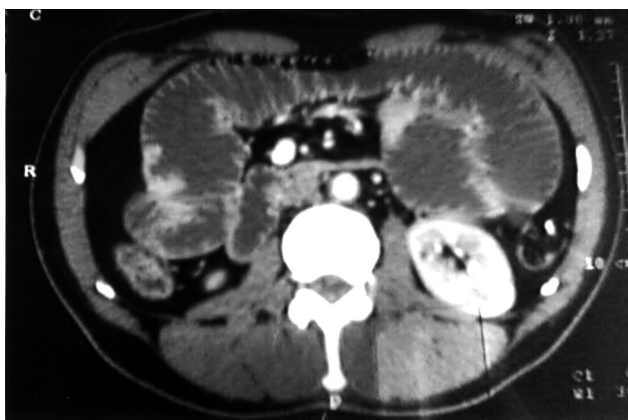


Figure 1. TDM abdominale : dilatation du grêle.



Figure 2. Vue opératoire boudin d'invagination.



Figure 3. Vue opératoire les deux tumeurs proximales.

L'exploration chirurgicale en urgence (figure 2-3), par laparotomie a permis de découvrir une sténose macroscopiquement néoplasique à 1,20 m de l'angle duodéno-jéjunal. L'exploration du reste de l'intestin grêle a montré l'existence de deux autres tumeurs non sténosantes à 15 cm et 40 cm de l'angle duodéno-jéjunal, par ailleurs il existe un nodule péritonéal suspect. Une résection étagée des trois tumeurs avec une marge de sécurité a été réalisée et anastomose immédiate jéjununo-jéjunale manuelle, termino-terminale, avec biopsie du nodule péritonéal (figure 4-5). Les suites opératoires étaient simples.

Tiré à part : A.Ehirchiou :service de chirurgie viscérale II, hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V Rabat - Maroc.



Figure 4. Pièce opératoire : la tumeur sténosante.

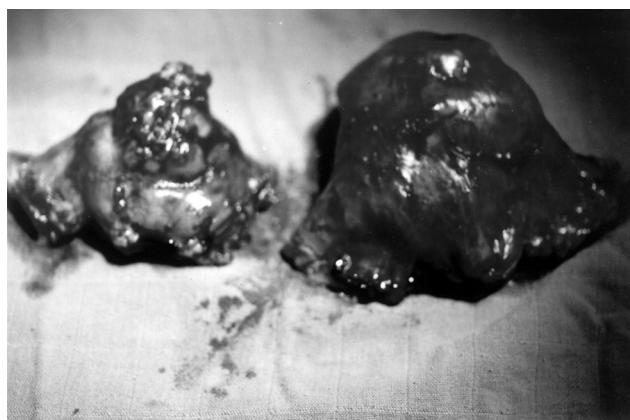


Figure 5. Pièce opératoire : les tumeurs proximales.

L'examen anatomopathologique des pièces opératoires concluait à un adénocarcinome du jéjunum à localisation multiple avec métastase de l'ouraque.

Le bilan d'extension post opératoire à la recherche d'autres localisations était négatif, en particulier la fibroscopie oeso-gastro-duodénale jusqu'au 3e duodénum, la colonoscopie totale et l'examen oto-rhino-laryngologique. Ce stade avancé justifiait une chimiothérapie à base de FOLFOX. Le patient a reçu deux cures de chimiothérapie avec un recul de 9 mois.

Discussion

Décrit par Sarlin pour la première fois en 1823, les cancers primitifs du jéjunum sont rares en comparaison des tumeurs du gros intestin et de l'estomac selon Howe et al [1]. La localisation se fait de préférence sur les premières anses jéjunales ou sur l'angle de Treitz [2]. La maladie de Crohn et la maladie coeliaque prédisposent à la survenue de l'adénocarcinome [3].

Dans la littérature, de nombreux auteurs pensent que les

adénocarcinomes sont les types histologiques les plus fréquents des cancers du jéjunum, suivis par les carcinoïdes, les lymphomes et les sarcomes [4].

Ce cancer se caractérise habituellement par une légère prédominance masculine. L'âge moyen du diagnostic est inférieur chez l'homme que chez la femme, dans les lymphomes et les sarcomes que dans les adénocarcinomes et les carcinoïdes. Les rares cas survenant avant 35 ans sont principalement des lymphomes [5].

Sur le plan étiopathogénie, la rareté de ces cancers est mal connue, plusieurs hypothèses ont été proposées [6] :

- transit rapide d'un contenu liquide protégeant la muqueuse.
- dilution des carcinogènes par l'importance des sécrétions intestinales.
- importance de la sécrétion d'immunoglobuline A.
- faible concentration en bactéries diminuant la production de carcinogènes.

La symptomatologie du cancer du jéjunum n'est pas spécifique de cette affection. Cependant on peut révéler plusieurs formes d'apparition :

- La tumeur peut se manifester par des troubles discrets du transit gastro-intestinal : douleurs imprécises, calmées ou exacerbées par les repas, sensation de ballonnement post prandial ou des intervalles de constipation et de diarrhées.
- Parfois le chirurgien se trouve devant une occlusion intestinale typique d'emblée ou progressive souvent précédée d'un état subocclusif et d'un syndrome de Koenig.
- Il en est de même des perforations intestinales sur carcinome.
- Il existe de rares cas où le cancer provoque des hémorragies profuses avec maelena.

Enfin le malade peut se présenter avec une masse palpable, sensible, dure ou molle plus au moins mobile, la mobilité peut être importante, c'est un bon signe en faveur d'une tumeur du grêle, sans pouvoir prétendre à un diagnostic de certitude.

Les signes radiologiques ne sont pas spécifiques :

- Le cliché sans préparation montre du côté gauche, haut dans l'abdomen une image d'arceaux gazeux sous-tendue, fixe, siégeant sur le début du jéjunum [7].

- Le scanner abdominal permet d'objectiver l'obstacle avec l'épaississement pariétal ou le volume tumoral et participe avec l'échographie au bilan d'extension [4].

La chirurgie constitue l'élément essentiel du traitement. Il apparaît [8] que la plupart des malades atteints d'un cancer du jéjunum sont opérables, seules 60% ont une résection à visé curative. Environ 30% des cas s'accompagnent de métastases viscérales et 20-40% de métastases ganglionnaires.

Le geste constitue à une résection tumorale passant loin

de la tumeur, complétée par l'exérèse ganglionnaire du méésentère adjacent. Les tumeurs situées sur l'angle de Treitz, peuvent poser des problèmes de la voie d'abord de l'angle et de dissection du pédicule méésentérique supérieur. Ces points sont essentiels pour libérer le duodénum de la pince méésentérique et faire l'anastomose en tissu sain d'une part, et pour extirper les adénopathies satellites d'autre part. Car le risque de léser le pédicule méésentérique n'est pas négligeable [8].

Le rôle de la chimiothérapie adjuvante n'est pas encore bien défini. Mais son utilisation est de plus en plus fréquente. La plus part des protocoles utilisés sont à base de 5FU seul ou en combinaison avec d'autres médicaments. Les indications d'un tel traitement dépend de l'âge (rarement proposé après 75) et du type histologique, son intérêt est bien établi pour les carcinoïdes et les lymphomes que pour les

adénocarcinomes et les sarcomes. Globalement, la survie des malades porteurs d'un cancer du jéjunum varie entre 9 et 13 mois [9].

Le pronostic de ces tumeurs, dépend de la résecabilité de la tumeur, du type histologique, de l'âge du patient et des métastases à distances.

Conclusion

L'adénocarcinome multiple du jéjunum représente un groupe hétérogène de tumeurs rares, leur diagnostic reste tardif et le pronostic est sombre. Le traitement de ces tumeurs repose essentiellement sur la chirurgie, le bénéfice d'un traitement adjuvant à base de chimiothérapie reste à démontrer en l'absence d'études randomisées.

Références

1. Howel JR, Karnel LH, Menck HR, et al : Adénocarcinoma of the small bowel, review of the National Cancer Data Base 1985-1995. *Cancer* 1999;86: 2693 - 6.
2. Rudler JC, Kobel JJ: A propos de quatre cas de cancers du jéjunum. *Helvetica Chirurgica Acta*. 1958 ; 25 :3.185-94.
3. Kummur S, Ciessielski TE, Fogaras MC : Management of small bowel Adenocarcinoma. *Oncology* 2002 ; 16 :1364-73.
4. Raharisolo Vololonantenaina CR, Dina TJN, Ravalisoa A : Un cancer peu fréquent : celui de l'intestin grêle. A propos de 25 cas diagnostiqués à l'institut Pasteur de Madagascar de 1992 à 2001. *Arch Inst Pasteur de Madagascar* 2003;69 :82-6.
5. Barraya R, Benhamiche AM, Rassia E, Phelip JM, et coll. : incidence et modalités de prise en charge des cancers de l'intestin grêle en Bologne. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23, 215-20.
6. Ross RK, Hartnett NM, Bernstein L: Epidemiology of adenocarcinomas of the small intestine: is bile a small bowel carcinogen? *Br. J. Cancer* 1991; 63:143-5.
7. Poinot MJ: Cancer du jéjunum muet, révélé par la radiographie sans préparation. *Bordeaux Chirurgical* 1956 ; 1 ; 39-40. .
8. Neugut A, Marvin M, Chabot J: An overview of adenocarcinoma of the small intestine. *oncology* 1997;11:529-36.
9. Jmaa A, Ben Salam .A, Ajmi S: Les tumeurs malignes du grêle. *Maghreb Médical* 2005 ; 25 : 179-81.