

# LE CANCER DE L'ESTOMAC

## A propos de 51 cas observés au CNHU de Cotonou

BAGNAN K.O. \*, PADONOU N. \*, KODJOH N. \*\*, HOUANSOU T. \*.

### RESUME

Une étude rétrospective a analysé 51 cas de cancers de l'estomac observés en 11 ans au CNHU de Cotonou. L'affection atteint plus souvent l'homme que la femme (sex-ratio = 1,43) et prédomine dans la tranche d'âge de 51 à 70 ans (68,62 %) des cas). La durée de l'évolution avant le diagnostic explique la fréquence des complications (sténose 4 fois sur 10, hémorragies digestives 1 fois sur 10) et des métastases principalement ganglionnaires (3 cas sur 4), hépatiques (1 fois sur 2) et péritonéales (un tiers des cas). Cela explique le faible taux d'opérabilité et de résécabilité (respectivement de 82,35 % et 41,85 %) et le mauvais pronostic de ces cancers (taux de survie à 1 an et à 5 ans respectivement de 11,90 % et 2,38 %).

### INTRODUCTION

Les tumeurs malignes de l'estomac constituent un chapitre important de la pathologie cancérologique du tube digestif (10, 12, 14). Elles conservent leur redoutable gravité malgré les progrès réalisés sur le plan thérapeutique. Cette gravité est encore plus alarmante en Afrique où les consultations hospitalières sont tardives et l'arsenal thérapeutique encore modeste. Dès lors se pose le problème du dépistage de ces lésions, de leur diagnostic précoce, et des efforts à fournir pour améliorer les résultats thérapeutiques. Ces considérations justifient l'opportunité de ce travail dont les objectifs sont :

- de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cancers de l'estomac observés au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou,
- d'en identifier les facteurs de risque,
- de mettre en évidence les particularités sémiologiques de ces lésions,
- d'indiquer les résultats du traitement chirurgical et de proposer des mesures pour l'amélioration du pronostic.

\* Service de Chirurgie Viscérale, Centre National Hospitalier et Universitaire, BP 386 Cotonou (Bénin)

### 1. CADRE D'ETUDE, PATIENTS ET METHODES

Ce travail a été réalisé dans les services chirurgicaux du CNHU de Cotonou. Ont été inclus dans l'étude 51 patients atteints de cancer de l'estomac et hospitalisés de façon consécutive du 1er janvier 1981 au 31 décembre 1991. Le diagnostic suspecté sur le transit œso-gastro-duodéal (40 cas) et/ou la fibroscopie œso-gastro-duodénale (11 cas) a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique : examen macroscopique de la lésion lors de la laparotomie (42 cas) et/ou examen histologique des prélèvements biopsiques ou des pièces opératoires (15 cas).

Une enquête rétrospective a recensé le nombre total de malades hospitalisés au cours de la période d'étude ainsi que les diagnostics de sortie, puis analysé les dossiers médicaux des 51 cas de cancer de l'estomac en tenant compte :

- de leur état civil : âge, sexe, profession,
- des habitudes alimentaires,
- des données de l'examen clinique,
- des résultats des examens complémentaires (transit œso-gastro-duodéal, fibroscopie œso-gastro-duodénale, échographie abdominale, examen histologique,
- du compte rendu opératoire,
- du traitement.

Le traitement des données a été manuel.

### 2 - RESULTATS

#### 2.1. Caractéristiques épidémiologiques

##### 2.1.1. Fréquence

Pendant la période d'étude de 1981 à 1991, la fréquentation des services chirurgicaux était de 31998 patients toutes pathologies confondues, dont 9572 cas d'affections digestives et 524 cas de pathologie gastrique ou duodénale. 51 cas de cancer gastrique représentent donc :

- une fréquence hospitalière de 0,15 %

\*\* Chef de Clinique-Assistant en Hépatogastroentérologie, CNHU, BP 386 Cotonou (Bénin).

- 0,53 % des affections du tube digestif
- 9,73 % de la pathologie gastro-duodénale.

La comparaison avec les différents types de cancer dénombrés au cours de la même période d'étude (tableau 1) montre que le cancer de l'estomac occupe la 3ème position après celui du sein et de l'œsophage.

**Tableau 1 : Répartition des différents types de cancers dans les services chirurgicaux**

Organe	Nb	%
Sein	99	25,98
Œsophage	52	13,64
Estomac	51	13,38
Prostate	48	12,59
Colon-rectum	37	9,71
Col utérin	25	6,56
ORL	22	5,77
Os	15	3,93
Autres	32	8,44
Total	381	100

### 2.1.2. Age et sexe

Les patients étaient âgés de 29 à 78 ans, l'âge moyen étant de 56 ans. Le maximum de fréquence s'observait entre 51 et 70 ans (68,62 % des cas). L'homme était plus souvent atteint que la femme, le sex-ratio étant de 1,43.

### 2.1.3. Catégorie socio-professionnelle

L'analyse de la profession des patients montre une prédominance dans les couches sociales à faible niveau de vie dans 80,94 % des cas dont 57,14 % de paysans et 23,80 % d'employés de bureau.

### 2.1.4. Facteurs de risque

Les facteurs de risque étaient mentionnés dans 12 dossiers.

Il s'agissait 11 fois d'antécédent d'ulcère gastrique, et une fois d'antécédent de gastrectomie pour ulcère.

## 2.2. Aspects cliniques et anatomo-pathologiques

### 2.2.1. Aspects cliniques

La majorité des patients (62,74 % des cas) ont consulté un médecin dans l'année qui suivait le début des signes fonctionnels. Par contre une proportion importante de patients (37,26 %) n'ont eu recours à la médecine moderne qu'après 1 an, voire 3 ans d'évolution. Le tableau 2 rend compte des signes fonctionnels et physiques relevés à l'admission des malades.

**Tableau 2 : Répartition des signes fonctionnels et physiques**

Signes	Nb de cas	%
Amaigrissement	43	84,31
Douleurs épigastriques	32	64,74
Dyspepsie (anorexie, éructation)	21	41,17
Vomissements	31	60,78
Masse épigastrique	18	35,29
Ascite	9	17,64
Pâleur conjonctivale	8	15,68
Dysphagie	7	13,72
Hémorragies digestives	6	11,76
Adénopathie de TROISIÈRE	1	1,96
Tumeur de l'ovaire	1	1,96

Ces signes sont en rapport avec des cancers évolués ou compliqués.

### 2.2.2. Aspects anatomo-pathologiques

La topographie de la tumeur était précisée dans 92,84 % des cas. Le siège antro-pylorique était le plus fréquent (61,9 %) suivi des localisations fundiques (11,9 %) et cardiaque (9,52 %). Les formes diffuses n'étaient pas rares (9,52 %).

Les aspects endoscopiques décrits chez 11 patients réalisaient des formes végétantes (6 cas) ou ulcérées (7 cas).

Le type histologique était connu chez 15 patients seulement, et se répartissait comme suit :

*1 - Cancer invasif primitif*

- carcinome bien différencié ou moyennement différencié 9 cas
- carcinoïde 1 cas
- léiomyosarcome 1 cas
- linite plastique 3 cas

*2 - Cancer secondaire*

- origine pancréatique 1 cas

**2.2.3. Extension**

Elle a été appréciée par l'examen physique et surtout la laparotomie pratiquée sur 42 malades.

Parmi ces derniers, 33 (78,58 %) étaient porteurs de métastases. Les métastases ganglionnaires étaient quasi constantes (32 cas, soit 76,19 %) suivies de l'atteinte hépatique (21 cas, soit 50 %) péritonéale (15 cas, soit 35,78 %) et ovarienne (1 cas).

**2.3. Aspects thérapeutiques et évolutifs**

Sur les 51 malades, 42 (82,35 %) ont pu bénéficier d'une laparotomie. L'intervention chirurgicale n'a pas été possible chez 9 patients en raison du très mauvais état général.

L'exérèse tumorale n'a pu se faire que chez 18 patients sur les 42 opérés, soit un taux de résécabilité de 35,29 % par rapport à l'ensemble des malades et de 42,85 % par rapport

aux malades opérés. Les interventions d'exérèse pratiquées se répartissaient comme suit :

**Tableau 3 : Répartition des types d'exérèse**

Type d'exérèse	Nb	%
Gastrectomie totale élargie	1	5,55
Gastrectomie totale	0	0,00
Gastrectomie subtotalaire des 4/5, des 3/4, des 2/3	9	49,99
Hémigastrectomie	1	5,55
Antrectomie	4	22,22
Gastrectomie polaire supérieure	1	5,55
Tumorectomie	2	11,11
Total	18	100

Au plan des résultats thérapeutiques, on notait un décès post-opératoire et 13 décès dans le mois qui a suivi l'intervention, soit une mortalité de 33,33 %. Sur les 28 survivants, 6 sont perdus de vue, la survie des malades restants en fonction du geste chirurgical est consignée dans le tableau suivant. Il en ressort que la plupart des patients ayant survécu au delà de 1 an ont subi une chirurgie d'exérèse.

**Tableau 4 : Survie des patients en fonction du type de chirurgie**

Durée de suivi	Chirurgie d'exérèse	Chirurgie palliative			Total	%
		Laparotomie exploratrice	Gastro-jejunostomie	Gastrostomie d'alimentation		
1-11 mois	3	7	5	2	17	
1 an	1	0	1	0	2	9,09
1-1/2 ans	2	0	0	0	2	9,09
6 ans	1	0	0	0	1	4,54
Total	7	7	6	2	22	

Les patients ayant subi un traitement palliatif ne survivent guère au delà d'un an. Sur l'ensemble des 42 opérés, la survie à 1 an ou plus et à 5 ans ou plus est respectivement de 11,90 % et 2,38 %. Les survivants à 1 an ou plus

présentaient un envahissement des ganglions paratumoraux ou pédiculaires sans atteinte des organes de voisinages ou à distance. Par contre aucune métastase n'était notée chez le patient ayant survécu 6 ans.

### 3 - DISCUSSION

#### 3.1. Aspects épidémiologiques

En Afrique au sud du Sahara et au Maroc les cancers de l'œsophage et de l'estomac se disputent la première place parmi les cancers du tube digestif. Si les premiers viennent en tête dans notre étude comme dans de nombreux travaux (10, 14, 15, 17), ils sont devancés par les seconds au Sénégal (4, 13). Les cancers de l'estomac seraient plus répandus aux confins de la Tanzanie, du Kenya, du Rwanda et du Burundi (2, 3, 9).

La prédominance masculine (avec un sex-ratio de 1,43 dans notre série) ainsi que l'atteinte prédominante des personnes âgées de plus de 50 ans (trois quart de notre échantillon) rejoignent les données de la littérature (1, 4, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 17).

Comme au Mali (5), nos patients appartiennent aux couches sociales à faible niveau de vie. Dans le cas du Bénin, cette donnée s'explique par la distribution de la population générale qui compte 80 % environ de paysans.

Parmi les facteurs de risque, ont été identifiés 11 cas d'ulcère gastrique et 1 cas de gastrectomie partielle. Les autres facteurs de risque connus (gastrite chronique atrophique, polype, maladie de BIERMER, maladie de MENETRIER) ne sont pas retrouvés dans cette étude. Dans les populations déshéritées du Sud Bénin, le régime alimentaire est essentiellement glucidique (à base de maïs, de riz, de manioc et d'igname), associé à de la viande et du poisson séché ou fumé. La conservation des aliments à température ordinaire par fumaison et salaison pourrait jouer un rôle dans le développement du cancer gastrique, en favorisant la conversion des nitrates alimentaires en nitrites par les bactéries.

#### 3.2. Aspects cliniques

Une proportion importante de patients (37,26 %) ne font appel à la médecine moderne qu'après 1, voire même 3 ans d'évolution de leur maladie. Ce retard à la consultation, signalé ailleurs (13, 17), s'explique par l'auto-médication et l'interprétation socio-culturelle qui attribue la maladie au

jet de mauvais sort, à l'envoûtement ou à la sorcellerie. Dès lors, le premier réflexe du malade est de recourir au guérisseur chasseur de sorcier qui trouvera une explication à la maladie et dictera les sacrifices à faire avant de prescrire les médicaments indigènes à administrer. Ce n'est qu'après l'échec de ceux-ci que le patient se résoudra à consulter dans un centre de santé.

La durée d'évolution de la maladie avant le diagnostic explique la fréquence de l'altération de l'état général (amaigrissement 8 fois sur 10), des complications (sténoses 2 fois sur 5, hémorragies digestives 1 fois sur 10) et des métastases principalement ganglionnaires (3 fois sur 4), hépatiques (1 fois sur 2) et péritonéales (1 cas sur 3). Ces observations sont conformes à ce qui est noté dans la sous région (5, 13, 15, 17).

#### 3.3. Aspects thérapeutiques et évolutifs

Les taux d'opérabilité et de rescabilité sont respectivement de 82,35 % et 42,85 % peu éloignés de ceux notés par YACOUBI et coll. à Rabat (16).

40 à 70 % des patients opérés peuvent bénéficier d'une chirurgie d'exérèse selon les données de la littérature (16).

L'intervention est grevée d'une lourde mortalité : 33,33 % dans notre série contre 21 % pour BOUILLOT et coll. à Paris (1).

Pas plus que l'âge (seulement la moitié des patients opérés avaient plus de 60 ans), c'est essentiellement l'extension métastatique qui explique cette surmortalité. Celle-ci a pour corollaire un faible taux de suivi ; 2,38 % de survie à 5 ans dans cette étude. En général, les patients décèdent à court terme dans la première année, et la survie à 5 ans est exceptionnelle. Rappelons que notre malade qui a survécu 6 ans n'avait aucune métastase. Dans les pays européens où le cancer est diagnostiqué tôt, la survie à 5 ans peut aller de 38 % à 80 % et même au-delà (1, 7, 8).

Ces considérations soulignent l'importance des campagnes d'information et d'éducation pour la santé, afin d'inciter les populations à consulter dès le début des signes fonctionnels.

En effet, seul le diagnostic précoce des cancers de l'estomac permettra d'améliorer les résultats thérapeutiques.

### BIBLIOGRAPHIE

1 - BOUILLOT J.L., MENEGAUX F., ALEXANDRE J.H.  
Cancer de l'estomac. Etude rétrospective et pronostique à propos de 210 malades opérés.  
Ann. chir., 1988, 42, (6), 395-401.

2 - BURKITT D.P., HUTT M.S.R., SLAVIN G.  
Clinicopathological studies of cancer distribution in Africa  
Brit. J. Cancer, 1968, 22, 1-6.

- 3 - COOK P.J., BURKITT D.P.  
Cancer of Africa  
Br. méd. bull, 1971, 27, 14-20.
- 4 - DERRIEN J.P., MONNIER A., MERRIEN Y., COURBIL L.S.  
Confrontations endoscopiques et chirurgicales dans les cancers de l'estomac observés à l'hôpital principal de Dakar  
Méd. Afr. Noire, 1978, 25, (3), 159-161.
- 5 - GUINDO A., DUFLO-MOREAU B., DEMBELE M et coll.  
Le cancer de l'estomac au Mali. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 70 cas.  
Ann. Gastroentérol, Hépatol, 1979, 15, (1), 23-26.
- 6 - HOUNNASSO P.P.  
Les cancers chirurgicaux au CNHU de Cotonou. Etude épidémiologique, anatomo-clinique et thérapeutique à propos de 546 cas.  
Thèse. Méd, Cotonou, 1981, n° 80, 401 pages.
- 7 - HUGUIER M.  
Résultats de la surveillance de 200 opérés de cancer gastrique.  
Ann. Gastroentérol, Hépatol, 1989, 25, 151-154.
- 8 - HUGUIER M., LACAINE F.  
Cancers de l'estomac. Facteurs de survie.  
Nouv. Presse. Méd, 1980, 9, 231-234.
- 9 - KISIA I.A., BURKITT D.P.  
Cancer patherns at kaimosi hospital in western Kenya.  
E. Afr. Méd. J, 1986, 45, 706-712.
- 10 - MALIK M.O.A., ZAKI EL DIN Z.A., EL MASRI S.H.  
Cancer of alimentary tract in the Sudan. A strudy of 546 cases.  
Cancer, 1976, 37, 2533-2542.
- 11 - OLU A.  
Gastric cancer in Nigeria.  
Trop. Doct, 1988, 18, 13-15.
- 12 - ONUIGBO W.I.B.  
Alimentary tract carcinoma in Nigeria Igbos.  
Arch. Surg, 1975, 110, 349.
- 13 - PADONOU N., CHERBONNEL G.N., TOURE P., NUSSAUME O.  
Aspects épidémiologiques des cancers gastriques au Sénégal.  
Méd. Afr. Noire, 1978, 25, (3), 136-165.
- 14 - PEGHINI M., BARABE P., TOUZE J.E et coll.  
Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal.  
Apport de 18000 endoscopies effectuées à l'Hôpital Principal de Dakar.  
Méd. Trop, 1990, 50, (2), 205-208.
- 15 - SANKALE M., SOW A.M., AGBETRA M.A et coll.  
Le cancer de l'estomac dans un service de médecine interne en Afrique Noire. A propos de 40 cas observés à Dakar.  
Méd. Afr. Noire, 1978, 25, (3), 167-171.
- 16 - YACOUBI A., BENSARI F., CHAD B. et coll.  
Les cancers de l'estomac. Etudes épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.  
Chirurgie, 1989, 115, 74-78.
- 17 - YANGNI., ANGATE A., BEDA B., ECHINAME K. et coll.  
Etude épidémiologique et anatomo-clinique de 122 cas de cancers de l'estomac observés en 10 ans au CHU d'Abidjan.  
Bull. Acad. Nat. Méd, 1981, 165, (3), 315-322.