

# ADENOCARCINOMES PRIMITIFS DU DUODENUM

H. KRAMI, N. BENZZOUBEIR, L. OUZZANI, F. FADLI, H. OUZZANI, N. DAFIRI, A. BENNANI

## RÉSUMÉ

**Les adénocarcinomes primitifs du duodénum sont rares mais non exceptionnels. Cette rareté et l'absence de spécificité de leur symptomatologie expliquent le retard diagnostique de ces tumeurs.**

**L'exérèse chirurgicale complète constitue le seul traitement et permet d'obtenir une survie parfois prolongée.**

## SUMMARY

**Primitive adenocarcinomas of duodenum are rare but not exceptional.**

**This rarity and the absence of specificity in symptoms explain the delay diagnosis of these tumors.**

**The surgical ablation, when complete, is the only treatment that allows a prolonged survival.**

L'adénocarcinome du duodénum est rare, il représente environ 0,35% des cancers gastro-intestinaux et 40% des cancers de l'intestin grêle.

Cette rareté et l'absence de spécificité de leur symptomatologie expliquent en grande partie le retard dans leur diagnostic et, surtout, leur pronostic réservé.

4 cas que nous avons eu l'occasion de suivre dans le service nous donnent l'occasion de rappeler les aspects cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection.

### Observations n°1 :

Il s'agit de Mr F. Ali âgé de 54 ans, hospitalisé en Juin 89 pour douleurs épigastriques évoluant depuis un an, accompagnées de vomissements alimentaires, d'un syndrome anémique et d'une altération de l'état général.

L'examen clinique ne révèle qu'une pâleur cutanéomuqueuse.

Le bilan biologique montre une anémie hypochrome hyposidéremique et un syndrome inflammatoire.

Clinique Médicale B - CHU Ibn Sina - Rabat.

La fibroscopie œsogastro-duodénale trouve un processus ulcéro-végétant au niveau de DII dont les biopsies révèlent, à l'examen anatomopathologique qu'il s'agit d'un adénocarcinome. Le transit gastroduodéal objective une sténose irrégulière d'allure néoplasique siégeant au niveau de DII sus-papillaire et étendue sur environ 4 cm.

L'échotomographie révèle un épaississement en cocarde de la partie distale gastro-duodénale d'allure tumorale, le foie, les voies biliaires et le pancréas sont normaux, le reste est sans particularité.

Le bilan d'extension de la lésion s'est avéré négatif et le patient a été confié au chirurgien. Celui-ci réalise une duodéno-pancréatectomie céphalique, (DPC) ; les suites immédiates ont été simples, cependant, le malade est décédé quelques mois plus tard dans un tableau de métastases loco-régionales et hépatiques.

### Observation n°2 :

Il s'agit d'un homme B.L. de 55 ans, vu en février 1993 pour un ictère choléstatiques évoluant depuis 7 mois et accompagné de douleurs de l'hypochondre droit à type de coliques hépatiques et d'AEG. L'examen ne révèle qu'un ictère cutanéomuqueux.

La biologie affirme la cholestase et montre un syndrome inflammatoire important.

L'échotomographie abdominale (ETG) met en évidence une image nodulaire, hyperéchogène d'échostructure tissulaire se projetant en plein duodénum, avec limites nettes entre elle et la tête du pancréas, évoquant soit une tumeur duodénale, soit un ampullome ; les VBIH et extra-hépatiques sont dilatées, le foie, les reins, la rate et le pancréas sont normaux.

La duodénoscopie retrouve une sténose de DII étendue sur 3 cm.

Le transit digestif objective une sténose d'allure tumorale péri-papillaire au niveau du 2ème duodénum.

Le bilan d'extension de la lésion s'est avéré négatif et le malade fut confié au chirurgien : à l'intervention, on découvre une tumeur de DII ulcéro-bourgeonnante circonférentielle avec dilatation de la VBP et un foie verdâtre de cholestase. Il a été réalisé une DPC avec anastomose bilio-digestive.

Le malade est toujours suivi aussi bien sur le plan clinique que paraclinique jusqu'à ce jour et son état est très satisfaisant.

### Observation n°3 :

Il s'agit d'une femme S-S de 60 ans vue en Janvier 95 pour ictère cutanéomuqueux évoluant depuis 2 mois et accompagné de douleurs de l'hypochondre droit à type de coliques hépatiques et AEG.

L'examen révèle un ictère cutanéomuqueux franc, une hépatomégalie à bord inférieur ferme, à surface lisse et dont la FH est de 15 cm, en plus d'une vésicule palpable.

L'ETG a montré une dilatation des VBIH et de la VBP avec une paroi duodénale épaissie d'allure tumorale.

La fibroscopie trouve une sténose du 1er duodénum infranchissable dont les biopsies révèlent à l'étude histologique des prélèvements biopsiques un adénocarcinome moyennement différencié.

Le transit gastroduodéal objective une sténose juxta-bulbaire de DI d'environ 3 cm.

Un bilan général à la recherche d'une extension loco-régionale et générale a été fait mais s'est avéré négatif, le malade a été confié au chirurgien, celui-ci découvre une lésion duodénale adhérente au foie, les voies biliaires et les vaisseaux du hile étaient pris dans la masse tumorale. Aucun geste thérapeutique n'a pu être effectué, le malade décédait quelques mois après.

### Observation n°4 :

Il s'agit de Mme H.M. de 40 ans, hospitalisée pour ictère cholestatique évoluant depuis 15 jours, accompagné de douleurs épigastriques atypiques soulagées par des vomissements bilieux.

L'examen révèle un ictère cutanéomuqueux avec vésicule palpable.

L'ETG retrouve une paroi duodénale épaissie avec un aspect de pseudo-rein, une dilatation des voies biliaires et la VBP ainsi que la vésicule, le foie est normal, le reste est sans particularité. La fibroscopie met en évidence une

sténose post-bulbaire sus-papillaire du 2ème duodénum. L'étude histologique, des prélèvements biopsiques per-endoscopiques, est en faveur d'un adénocarcinome duodénal.

Le transit gastro-duodéal montre une sténose d'allure tumorale de DII.

Le bilan d'extension s'est avéré négatif et la patiente a été confiée au chirurgien.

En per-opératoire on découvre une tumeur infiltrante intéressant le versant pancréatique du 2ème duodénum étendue à DI avec dilatation de la VBP. Un DPC a été réalisée, mais la patiente décède quelques mois plus tard par une récurrence loco-régionale.

## DISCUSSION

Tout en étant rare dans le cadre général des tumeurs malignes digestives 0,35% selon Lillemoen (12), l'adénocarcinome du duodénum représente tout de même l'atteinte néoplasique la plus fréquente du grêle : 33 à 48% (16).

L'extension habituelle de cette lésion se fait vers le pancréas (8-9-18) ce qui rend le diagnostic positif particulièrement difficile entre une tumeur pancréatique étendue au duodénum ou l'inverse.

L'examen anatomo-pathologique lui-même ne permet habituellement pas d'apporter une réponse déterminante. Seule l'évolution ultérieure de la lésion permet de préciser le point de départ de la tumeur ; quoi qu'il en soit l'envahissement pancréatique de l'adénocarcinome duodénal ne représente en aucun cas une contre-indication à un geste chirurgical curatif.

Certains auteurs ont évoqué l'éventualité d'une transformation maligne d'un polype duodénal banal. En fait cette éventualité doit être évoquée dans 2 situations :

- La polyposse digestive (polyposse familiale, syndromes de Gardner, de Torre, maladie de Peutz-Jeghers) qui intéresse le duodénum dans 40 à 100% des cas (1-8-20).
- L'existence de tumeurs villosités caractérisées par une incidence importante de transformation maligne et un taux important de récurrence après une exérèse locale : 28% (16).

Sur le plan topographique les tumeurs duodénales peuvent être classées de deux manières en se référant aux différents segments anatomiques duodénaux ou en se situant par rapport à la papille. (tableaux I et II).

**Tableau I : Siège de la tumeur par rapport à la segmentation anatomique**

	Série Kleinerman	Série Bloch	SP
DI	3	1	1
DII	10	11	3
DIII	4	4	-
DIV	6	4	-

**Tableau II : Fréquence des différentes localisations des adénocarcinomes duodénaux**

Tumeurs	Kleinerman	Hillemande	SP
- Sus-papillaires	22,5%	36%	75%
- Péri-papillaires	59,2%	12%	25%
- Sous-papillaires	18,3%	62%	-

Les adénocarcinomes sont retrouvés chez l'adulte entre 40 et 60 ans avec une prédominance masculine (SR est de 2/1). (3-7).

Sur le plan clinique, la douleur habituellement post-prandiale est le signe le plus constant : 78 à 89,7% selon Morgan (11).

Les vomissements observés dans 50 à 70% des cas, sont souvent tardifs et représentent une grande valeur diagnostique, mais ont le mérite d'attirer l'attention sur la sphère gastro-duodénale.

L'ictère en rapport avec une extension loco-régionale de la tumeur peut être précoce et il est à l'origine d'un certain nombre de difficulté diagnostique quant au siège de la lésion. Un syndrome subocclusif ou occlusif s'observe surtout dans les tumeurs sous-papillaires.

La palpation d'une masse épigastrique témoigne d'une lésion déjà évoluée.

Le diagnostic positif, des adénocarcinomes duodénaux, peut être posé avec certitude pour les lésions proximales grâce à la fibroscopie assortie de biopsies. Pour les tumeurs distales, seuls le transit baryté et l'échoendoscopie peuvent apporter des arguments particulièrement importants pour l'approche diagnostique.

Sur le plan anatomique, les lésions duodénales peuvent être :

- \* sténosantes, irrégulières plus ou moins étendues avec dilatation sus-jacente,

- \* infiltrantes, de diagnostic endoscopique difficile, mais peuvent être évoquées grâce à la présence d'une rigidité segmentaire avec effacement des plis muqueux ou dans certains cas grâce à une désorganisation complète du plissement muqueux.

Sur le plan radiologique les images réalisées peuvent consister en :

- \* un rétrécissement aux contours rigides et irréguliers, souvent infiltrés ou ulcérés.
- \* une lésion ulcéro-végétante.
- \* ou des formations polypoïdes de taille très variable.

L'échotomographie a un double intérêt, d'une part de faire suspecter le diagnostic en montrant un épaississement de la paroi duodénale et notamment l'aspect en «pseudo-rein» et d'autre part de rechercher d'éventuelles métastases ganglionnaires et hépatiques voire péritonéales.

Le développement de l'échoendoscopie devrait trouver une application intéressante pour le diagnostic et juger de l'extirpabilité de ces adénocarcinomes.

Le traitement de choix des adénocarcinomes duodénaux reste chirurgical, faisant appel chaque fois qu'elle est possible, à une exérèse radicale, il s'agit avant tout de la DPC qui offre l'avantage d'enlever «en bloc» la lésion et ses drainages lymphatiques.

Cependant certains auteurs insistent sur l'avantage que représenteraient les réséctions duodénales segmentaires. Celle-ci auraient des résultats identiques à la DPC en terme de survie avec une mortalité opératoire moindre ; mais elles sont réservées aux lésions atteignant les 3ème et 4ème duodénums (13-6).

Pour les tumeurs inextricables, en raison d'un envahissement vasculaire mésentérique, ou d'une extension majeure aux organes de voisinage, ou d'une carcinose péritonéale ou enfin de métastases à distance, on ne peut avoir recours qu'aux simples dérivations, à type de gastro-entéro-anastomoses ou de dérivations bilio-digestives, avec une survie de 6 mois. (16-17-19).

L'apport des traitements complémentaires reste minime qu'il s'agisse de la chimiothérapie ou de la radiothérapie post-opératoires.

Les tumeurs duodénales restent résécables dans 50 à 70% des cas (10-11-15). La survie globale des malades oscille entre 15 et 27%, mais le taux de survie après résection curative se situe entre 25 et 46% (16).

Les facteurs pronostiques défavorables sont :

- \* la survenue d'un mélanome.
- \* l'existence d'une importante sténose duodénale.
- \* la présence de métastases qui se font généralement au niveau du foie, des poumons et des ovaires.

Quant à l'envahissement ganglionnaire qu'il soit loco-régional ou à distance, il ne semble pas représenter un signe péjoratif (10-11-16).

## CONCLUSION

Les adénocarcinomes du duodénum représentent une pathologie rare mais non exceptionnelle, leur diagnostic repose sur la fibroscopie et l'étude histologique des biopsies. L'ETG et l'écho-endoscopie établissent le bilan d'extension. Le diagnostic étant souvent tardif, le pronostic reste sombre et la DPC n'a de bonnes chances de succès qu'effectuée précocement.

## BIBLIOGRAPHIE

1. PS. BECHWICH, J.A. VAN HEERDEN, PR. DOZOIS.  
Prognosis of symptomatic duodénil adenomas in familial adenomatous polyposis.  
Arch. Surg. 1991 ; 162 : 825-8.
2. J. BRUNETON, J. DROUILLARD, J. BOURRY, P. ROUX, P. LECOMTE.  
L'adénocarcinome de l'intestin grêle. Etude de 27 cas et revue de la littérature.  
J. Radiol. 1983, 64, 117-123.
3. EDITIONS TECHNIQUES.  
EMC. 1990.
4. ELLA. A KAZEROONI, E. LESLIE, QUINT, R. ISAAC. FRANCIS.  
Duodénil néoplasmes predictive value of CT for Determining Malignancy and Tumor Resecability. AJR. 159 : 303-309, August 1992.
5. M.D. ERUVIN SEIFERT, M.D. FERDINAND SCHULTE and M.D. MANFRED STOLTE.  
Adenoma and carcinoma of the Duodenum and Papilla of Vater : A clinicopathologic study : The American.  
Journal of gastroenterology. 1992, 87, 37-42.
6. N. GRANT, M.D. STERMMERMANN, T. MARC GOODMAN, PH. D, M.Y. TAND ABRAHAM, M.D. NOMURA.
7. J. GROS DIDER, P. BOISSEL, L. BRESLER, G. PINELLI, A. VIDREQUIN.  
Adénocarcinomes primitifs du duodénum. A propos de 18 cas. Chirurgie 1988 ; 114 : 259-64.
8. M. JAMES, M.D. CHURCH, B.S.W. ELLEN MC GANNON, SHARON HULL-BOINER, V. MICHAEL SIVAK, M.D. ROSALUID VAN STOLK, G. DAVID.  
Gastroduodénil polyps in Patients with Familial adenomatous polyposis ; Dis Colon Rectum 1992, 35 : 1171-1173.
9. DR. JOESTING, RW. BEART, JA; VAN HEERDEN, LH. WEILAND.  
Improving survival in adenocarcinoma of the duodenum.  
Am.J Surg. 19810 ; 141 : 228-3.
10. ECS. LAI, J.E. DOTY, C. IRVING, RK. TOMPKINS.  
Primary adenocarcinoma of the duodenum.  
Analysis of survival, world sur 1988 , 12 : 695-9.
11. P. LAIGNEAU, P. LOINTIER, ARC. AURC.  
Adénocarcinomes du duodénum.  
Journées SNEGE, Forum, FFCO, SFED.  
Gastroenterol clin biol 1991.
12. K. LILLEMØE, AL. IMBEMBO.  
Malignant neo-plasms of the duodenum.  
Sug Gynecol Obstet, 1980, 150 : 822-6.
13. J.A. LOWELL, R.L. ROSSI, L. MUNSON, J.W. BRAASCH.  
Primary adenocarcinoma of third and fourth portions of duodenum.  
Favorable prognosis after resection.  
Arch Surg, 1992 : 557-60.
14. R. MAS, M. VERMORE, B. CHABRY, R. TETE.  
De la surveillance endoscopique de certaines lésions oeso-gastro-duodénilales au dépistage de lésions précancéreuses au début.  
J. Med Lyon 1992, 63, 169-183.
15. K. OURIEL, J.T. ADAMS.  
Adénocarcinoma of the small intestine.  
Am. J. Surg 1984 ; 147 : 66-71.
16. P. LOINTIER, S. BEORCHIA.  
Adénocarcinomes primitifs du duodénum.  
Revue du prat. 1995 ; 45 : 271-273.
17. R. PRETTE, O. HUBER, J. ROBERT, C. SORAVIA, R.A. EGELI AND A. ROHNER.  
Results of surgical palliation for cancer of the head of the pancreas and periampullary region.  
Br. J. Surg. 1992, vol. 79, August, 795-798.
18. I.A. SPIRA, A. GHAZI, WI. WIFF.  
Primary adenocarcinoma of the duodenum cancer 1977 ; 39 : 1721-6.
19. M. TREDE, G. SCHWALL, HD. SAEGER.  
Survival after pancreatoduodenectomy.  
118 consecutive resections without an operative mortality.  
Ann. Surg. 1990 ; 211 : 447-58.
20. S. WIDGREN.  
Potentialité maligne polypes néoplasiques du duodénum.  
Prascis 1982, 71, 907-910.