

LES TUMEURS DE L'INTESTIN GRELE A L'HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE A propos de 10 cas

NGOWE NGOWE M*, ESSOMBA A*, ANGWAFO III F*, BINAM F**, SOSSO A.M.***

RESUME

Notre étude, s'est déroulée sur 3 ans, de janvier 1996 à juin 1999. Il s'agissait de 6 femmes et 4 hommes d'âge moyen de 56 ans avec des extrêmes de 39 ans et de 75 ans. Notre taux de fréquence était de 3,1 % (de toutes les tumeurs digestives).

Le tableau clinique prédominant était le syndrome occlusif (6/10), suivi du syndrome tumoral (3/10). 5 de nos patients avaient des antécédents de chirurgie abdominale. Les tumeurs bénignes étaient les plus représentées (6/8), avec prédominance des angiomyomes (3 cas sur 8). Les tumeurs malignes (2/8) consistaient en 1 tumeur carcinoïde et 1 angiosarcome de Kaposi.

Le traitement chirurgical réalisé 8 fois sur 10, avait consisté dans 7 de nos 8 cas en une résection segmentaire du grêle, emportant la tumeur suivie d'anastomose termino-terminale immédiate ou retardée. Une hémicolectomie élargie au grêle avait été pratiquée.

La morbidité était dominée par l'infection post-opératoire. Le taux de mortalité post-opératoire était faible (1 cas sur 10).

Mots-clés : Tumeurs, intestin grêle, syndrome occlusif, angiomyomes.

SUMMARY

A study of tumours of the small bowel at the Yaounde General Hospital Cameroon was undertaken over a period of 3 years. This study comprised 10 patients (6 female and 4 male), encountered all benign and malignant tumours with the aim of bringing out diagnostic features as well as treatment.

The mean age was 56 years. Our frequency was 3,1 % of all digestive tumours observed during the period of study.

The main clinical was intestinal obstruction (6/10), then come abdominal mass (3 cases). 5 patients previously underwent abdominal surgery.

Benign tumours were the most seen (6 cases) ; among them, angiomyoma were predominant. Malignant tumours were made of 1 carcinoid and 1 Kaposi angiosarcoma.

Treatment was mainly surgical ; in 7 cases, segmentary resection was performed with closed or delayed termino-terminal anastomosis. In one case was done a right hemicolecotomy. Global morbidity resulted in post-operative infections. Post-operative mortality was low (1 dead patient over 10).

Key-words: Tumours, small bowel, intestinal obstruction, angiomyoma.

I - INTRODUCTION

Les tumeurs de l'intestin grêle sont rares, représentant 1 à 6 % de toutes les tumeurs gastro-intestinales (1, 5, 6, 9, 24). Leur diagnostic est rendu difficile par l'absence

de signes spécifiques et leur évolution longtemps quiescente (14). Aussi, elles sont le plus souvent de découverte per opératoire au décours d'une laparotomie en urgence. Le traitement chirurgical est fonction du siège et des données histo-pathologiques.

* Département de Chirurgie - Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (F.M.S.B.) - Yaoundé Cameroun.

** Département d'Anesthésie-Réanimation - F.M.S.B.

*** Chef du Département de Chirurgie - F.M.S.B.

Nous avons recensé 10 cas de tumeurs de l'intestin grêle sur une période de 3 ans, afin d'en dégager les aspects cliniques, histologiques et les aspects thérapeutiques dans notre environnement.

II - MATERIEL ET METHODES

1. Patients

10 patients porteurs de tumeur du grêle ont été recensés à l'Hôpital Général de Yaoundé (H.G.Y) de janvier 1996 à juin 1999, soit sur une période de 3 ans.

2. Méthodes

Nous avons colligé les registres du service de Chirurgie de M.G.Y., du bloc opératoire. Nous avons également consulté les statistiques du Service des Urgences et du Département des Consultations Externes, dans le cadre d'une étude rétrospective à partir des dossiers des patients.

Pour chaque patient, une étude pointilleuse avait porté sur l'âge, le sexe, les données cliniques, paracliniques, les mesures thérapeutiques et l'évolution.

III - RESULTATS

Epidémiologie

a. Fréquence

10 tumeurs de l'intestin grêle avaient été recensées en 3 ans, représentant 3,1 % des 318 tumeurs digestives colligées durant la période.

b. Age

L'âge des patients variait de 39 à 75 ans (moyenne : 57 ans).

L'âge moyen chez les sujets féminins variait de 39 à 71 ans (soit 55 ans en moyenne). Chez les hommes, les variations allaient de 43 à 75 ans, soit 51,5 ans en moyenne.

c. Sexe

6 femmes sur 10 : 60 %

4 hommes : 40 %.

Tableau I : Fréquence selon l'âge et le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
0-19	0	0	0
20-39	1	2	3
40-59	2	2	4
60-79	1	2	3
Total	4	6	10

Données cliniques

a) Sur le plan clinique prédominait le syndrome occlusif (et/ou subocclusif (avec 6 cas sur 10). Ensuite venait le tableau tumoral avec 3 masses abdominales évidentes à l'examen physique. Nous avons eu 1 cas réalisant le classique tableau péritonéal. Il est à noter que 5 de nos patients avaient des antécédents de chirurgie abdominale antérieure.

Il est à noter que les douleurs abdominales représentaient la plainte la plus fréquente retrouvée chez tous les patients ; à 1 degré moindre, on notait les vomissements (7 fois sur 10) ; les troubles de transit, surtout arrêt des matières et gaz étaient notés avec la même fréquence que les vomissements. Ensuite venait l'anorexie (1 cas sur 10) ; quelques cas de dyspepsies étaient relevés (tableau II).

Tableau II : Symptômes et signes

Patients / Signes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vomissements	0	+	+	+	+	0	+	+	+	+
Algies abdominales	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Masse	0	0	0	0	+	+	0	0	0	0
Troubles du transit	+	+	0	+	+	0	+	+	0	+
Anorexie	0	0	0	0	0	+	0	0	0	0

L'anémie clinique et le syndrome tumoral avaient été les principales données de l'examen physique, en plus d'un cas de contracture abdominale signant le syndrome péritonéal.

b) Les examens biologiques (tableau III)

Tableau III : Examens complémentaires

Examens	N	Diagnostic	%
ASP*	8	5	62,5
Transit du grêle	3	3	100
Lavement baryté	3	1	30
Echographie	6	1	16
Scanner*	2	2	100
Endoscopie	3	1	30

* Diagnostic : occlusion intestinale

Les tumeurs de l'intestin...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (12)

Chez tous les patients étaient pratiqués un hémogramme, une glycémie à jeun, entre autre. Les données biologiques montraient 4 anémies, 3 hyperleucocytoses à neutrophile, 2 hyperglycémies persistantes avaient été notées, faisant suspecter un diabète sucré.

c) Sur le plan morphologique, l'abdomen sans préparation (A.S.P.) avait été pratiqué chez 8 de nos patients ; dans 5 cas, des niveaux hydroaériques étaient visibles et dans 3 cas une aérocolie.

Le transit du grêle (T.G.) dans 3 cas montraient l'arrêt de la progression du produit de contraste, signant l'occlusion ou la présence d'une tumeur. 3 lavements barytés montraient une masse deux fois et 1 obstacle une fois. 6 échographies pratiquées pour tenter d'éclairer le diagnostic ont montré dans 1 cas une masse du mésentère. Dans les 5 autres cas, l'échographie visualisait soit de l'air dans la cavité péritonéale soit un épanchement liquidien de petite abondance.

2 tomodensitométries (T.D.M. ou scanner) pratiquées avaient dans 1 cas objectivé 1 image de compression iléale et dans 1 autre cas 1 masse jéjunale.

d) Données endoscopiques

* Une fibroscopie haute avait été pratiquée et montrait une oesophagite stade II chez l'un de nos patients,
* 2 coloscopies longues ont permis dans un cas de détecter une compression du bas fond cœcal et dans l'autre cas l'examen était normal.

Moyens thérapeutiques et évolution

8 patients étaient opérés par laparotomie médiane classique. 1 patient demandait le transfert pour se faire opérer dans une autre institution hospitalière 1 deuxième malade refusait le traitement chirurgical pour des raisons personnelles

Tableau IV : Tumeurs et localisations

Examens	Siège		Total
	Jéjunum	Iléon	
Carcinoïde	0	1	1
Kaposi (angiosarcome)	1	0	1
Lipome	0	1	1
T.B.	0	1	1
Textilome	0	1	1
Angiomyome	1	2	3
Total	2	6	8

Les découvertes opératoires consistaient en :

- 2 invaginations iléo-iléales,
- 3 volvulus sur 1 tumeur iléale et 2 tumeurs jéjunales,
- 1 tumeur iléo-cœcale occlusive,
- 2 tumeurs iléales comprimant le bas fond cœcal.

Au total 2 tumeurs jéjunales contre 6 tumeurs iléales.

Les modalités opératoires se répartissaient en :

- 7 résections (entérectomies) emportant la tumeur et un segment d'intestin grêle plus ou moins long. Le rétablissement de la continuité par anastomose terminotermine immédiate avait été réalisé 6 fois, et dans 1 cas une iléostomie double avait imposé un rétablissement retardé de la continuité.
- 1 hémicolectomie droite emportant un segment iléal d'environ 80 cm, complétée par un curage ganglionnaire s'était imposée devant 1 tumeur iléo-cœcale avec adénopathies épi et paracoliques.

Gestes associés

Ils avaient consisté en :

- * 1 stricturoplastie étagée chez un patient présentant une tumeur jéjunale, sténosante et multifocale,
- * 1 appendicectomie de nécessité chez un patient.

Découvertes histologiques

Le siège des lésions se répartissait comme suit : Dans 5 cas, il était iléal :

- * 2 tumeurs jéjunales avaient été détectées,
- * 1 cas de tumeur iléocolique avait été observé.

Sur le plan histologique, il était diagnostiqué :

- * 3 cas d'angiomyomes,
- * 1 tumeur carcinoïde,
- * 1 angiosarcome de Kaposi,
- * 1 tumeur d'origine tuberculeuse.

Nous avons également observé 1 lipome sous-muqueux, et 1 tumeur granulomateuse, centrée sur un textilome.

Au total, 2, tumeurs malignes sur 8 contre 6 tumeurs bénignes ou spécifiques avaient été mises en évidence sur le plan histo-pathologique.

Les tumeurs de l'intestin...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (12)

Les suites opératoires

La reprise du transit était effective chez 3 patients dans les 72 heures, chez 4 patients entre le 4e-5e jour, et tardive chez un patient (6e jour).

Le séjour moyen en hospitalisation était de 8 jours, plus précisément 4 patients sortaient dans la première semaine, 1 patient dans la deuxième semaine et 3 patients dans la troisième semaine.

La morbidité consistait en 3 fièvres post-opératoires, 2 infections pariétales par sepsis de la plaie opératoire, 1 syndrome subocclusif au 13e jour post-opératoire, 1 dénutrition.

La mortalité : 1 décès par arrêt cardiaque était survenu au 13ème jour chez un patient.

IV - COMMENTAIRES

Notre taux de fréquence de 3,1 % est voisin de celui retrouvé par NAEF (3-6 %) (16), inférieur à celui de VEYRIERES et al. (12 %) (25), et légèrement supérieur à celui de ANGELESCU et al. (2 %) (2). Ils confirment tous la rareté des tumeurs de l'intestin grêle (6, 18, 19, 21).

Contrairement aux résultats d'autres séries, la prédominance du sexe féminin est nette (2, 24).

L'urgence abdominale prédomine comme forme clinique avec 6 syndromes occlusifs comme décrit par d'autres auteurs (14, 17, 18, 20). Le syndrome tumoral représente par ordre de fréquence, le deuxième tableau clinique rencontré dans notre milieu. Il en va de même pour GALLO et al. (9).

Les symptômes constituant le tableau occlusif (et/ou sub-occlusif) à savoir les vomissements, les douleurs abdominales, les troubles du transit sont les plus vécus dans notre étude. De nombreuses autres études soulignent ces particularités (3, 10, 14, 16). En Europe, l'hémorragie digestive est un tableau clinique fréquent dans les tumeurs du grêle (9). Nous n'en avons pas rencontré chez nos patients.

L'imagerie médicale est pour nous d'un grand apport dans le diagnostic. Si l'A.S.P. est souvent révélateur de l'occlusion du grêle, le transit du grêle approche le mieux le diagnostic (3, 4).

C'est aussi le cas dans notre étude où cet examen nous a permis de visualiser des images d'arrêt de progression du produit de contraste au niveau de la tumeur. L'échographie s'est avérée décevante car, n'a pas toujours apporté des éléments déterminants dans le diagnostic. Contrairement à NINCHERI et al. (17), nous pensons avec BUCKLEY et al. (6) que le scanner peut efficacement aider au diagnostic, car il permet de visualiser directement la tumeur et de la localiser, d'en préciser les contours, de préciser l'existence des ganglions de voisinage ou non. L'endoscopie est contributive, car elle peut mettre en évidence l'hémorragie digestive et des lésions associées (1, 3) comme cela a été le cas dans notre étude en objectivant une oesophagite de stade II.

Notre série retrouve une majorité de tumeurs bénignes (8/10) contrairement aux séries occidentales (1, 5, 6).

Une tumeur carcinoïde a été rencontrée ; elle n'a pas eu la présentation clinique classiquement décrite (12, 23). Le sarcome de Kaposi se retrouve dans nos 2 tumeurs malignes. Nous avons relevé une localisation rare du lipome au niveau de l'intestin grêle (11, 15, 17).

Sur le plan thérapeutique, l'exérèse chirurgicale est le traitement de choix après abord par laparotomie médiane (1, 5, 10) ; cela s'est vérifié dans notre série où 7 patients sur 10 ont bénéficié de résection du grêle après laparotomie médiane. Nous n'avons pas utilisé la coelioscopie opératoire comme préconisée par d'autres auteurs (13, 23). Ce traitement chirurgical peut être complété par des traitements adjuvants, utilisant la chimiothérapie ou la radiothérapie (12). Dans notre série nous n'avons pas eu recours à la thérapie adjuvante. Nous avons eu à compléter l'exérèse du grêle par une appendicectomie dans un cas ; dans un autre cas, une hémicolectomie a emporté un segment iléal d'environ 80 cm ; dans un autre cas nous avons réalisé des stricturoplasties étagées.

La morbidité a consisté surtout en fièvres post-opératoires et sepsis de la paroi. La mortalité (1 malade sur 10) est due à un arrêt cardiaque. La faiblesse de notre échantillon ne nous permet pas d'affirmer que le taux de mortalité dans les tumeurs du grêle est bas comme l'affirment certains auteurs (3, 5).

Les tumeurs de l'intestin...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (12)

V - CONCLUSION

Les tumeurs de l'intestin grêle restent un challenge diagnostique pour les cliniciens, cependant leur diagnostic peut être aidé par le transit du grêle et la T.D.M. dans

notre milieu. Leur traitement reste chirurgical par l'exérèse de la lésion, élargie aux ganglions s'ils sont présents. L'exérèse de ces tumeurs par laparoscopie serait une voie d'abord intéressante à expérimenter dans notre milieu.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AIELLO CROCIFOGLIO V., FLORES FLORES G.
Tumors of the small intestine.
Rev. Gastroenterol. Mex., 1997, jul-sept. ; 62 (3) : 167-74.
- 2 - ANGELESCU N., JITEA N., CHRISTIAN D., VOICULERCUS MATEESCU C.
Diagnostic and treatment problems in primary malignant tumours of the small intestine.
Chirurgica (Bucur), 1996, nov.-déc. ; 45 (6) : 285-8.
- 3 - AYITE A., DOSSEY E., ETEYK, SENAH K, NAPOKOURA K., JAMES K.
Les cancers de l'intestin grêle au CHU de Lomé (Togo). A propos de 8 cas observés en 10 ans.
Médecine d'Afrique Noire, 1996, 43 (10), 533-537.
- 4 - BHEERAPPA N., SASTRY R.A., MOHAN V.S., RAJU G.S.
Primary small intestine adenocarcinoma.
Trop. Gastroenterol., 1997, jan-mar, 18 (1) : 24-5.
- 5 - BRUCHER B.L., RODER J.D., FINK U., STEIN H.J., BUSCH R.
Prognostic factors in resected primary small bowel tumors.
Dig. Surg. 1998 ; 15 (1) : 42-51.
- 6 - BUCKLEY J A, FISHMAN E K.
C.T. Evaluation of small bowel neoplasm spectrum of disease.
Radiographics 1998, mar-apr ; 18 (2) : 379-92.
- 7 - CONTANT CM, DAMHUIS R A, VAN GEEL A.N, VAN EIJCK C.H, WIGGERS T.
Prognostic value of TNM-Classification for small bowel cancer.
Hepatogastroenterology 1997, mar-apr ; 44 (14) : 430-4.
- 8 - ERSUMO T., ALI A., JOHSON O.
Cancer of the lower gastrointestinal tract : a five year experience in Ethiopia.
East Afr. Med. J ; 1998, jun ; 75 (6) : 342-6.
- 9 - GALLO S H., SAGATELIAN M A.
Benign schwannoma of the small intestine : an unusual cause of gastrointestinal bleeding.
J. Ky Med. Assoc ; 1995, jul ; 93 (7) : 291-4.
- 10 - GARCIA MARCILLAJ A., SANCHEZ BUENO F., MORENO EGEA A., PAREILLA PARICIO P.
Benign tumors of the small intestine.
Rev. Esp. Engenn Dig ; 1994, mar ; 85 (3) : 177-9.
- 11 - GEIER B., SENKAI M., EICKOFF U., BAUER KH., ZUMTOBEL V.
Lipoma a rare differential gastrointestinal tumor diagnosis.
Zentralbl Chir; 1998 ; 123 (2) : 199-201.
- 12 - INZAGHI A., MARCONATO R., ZAPPA M., CANTONI G M., DALLERA P., GALLIERA M.
Personal experience in the treatment of intestinal carcinoids.
Minerva Chir. ; 1997 ; jan-feb ; 52 (1-2) : 25-31.
- 13 - LINDEMANN W., AILDEBRANDT V., SCHUDER G.
Laparoscopic surgery of benign small and large intestinal diseases.
Anesthesiol Intensivmed ; 1995 ; nov ; 30 (7) : 444-6.
- 14 - MINARDI AJJ, ZIBARIGB, AULTMAN DF, McMILLAN RW, McDONALD JC.
Small bowel tumors.
J. Am Coll surg ; 1998, jun, 186 (6) : 664-8.
- 15 - MURAWSKI M., KASINK J.
A case of lipoma in the small intestinal mesentery diagnosed as an ovarian tumor.
Wiad Lek; 1994, feb ; 47 (3-4) : 151-4.
- 16 - NAEF M., BUHLMANN M., BAER H U.
Small bowel tumors : diagnosis therapy and prognostic factors.
Langenbecks Arch Surg ; 1999 ; 384 (2) : 176-80.
- 17 - NINCHERI KUNZ M., EVARISTI L., SPADONI R., COZZANI R., VALLE O., BACIGALUPO B.
Lipoma of the small intestine as a rare cause of intestinal occlusion.
Minerva Chir ; 1994 ; sep ; 49 (9) : 859-65.
- 18 - O'BOYLE CJ, KERIN MJ, FEELEY K., GIVEN HF
Primary small intestinal tumours : increase incidence of lymphoma and improve survival.
Ann. R Coll. Surg. Engl ; 1998 ; sep ; 80 (5) : 332-4.
- 19 - O'RIORDAN B G., VILOR M., HERRERA L.
Small bowel tumors : an overview.
Dig Dis ; 1996 ; jul-aug ; 14 (4) : 245-57.
- 20 - PIEMONTE F., D'AVINO V., BARONE G., DI MARZO S.
Leiomyoma of the small intestines... a rare cause of emergency.
Minerva Chir ; 1996 ; nov ; 51 (11) : 989-9 1.
- 21 - SAEGESSER F., VISCHOFF D.
Tumeur de l'intestin.
Encycl. Med. Chir (Paris, France). Estomac-Intestin, 9067C 10, 7-1986, 141.
- 22 - SARKAR M R., LAQUA D., BAHR R.
Treatment of tumours of the small intestine (Clinical results of 31 years/review of the literature).
Leber Magen Darm ; 1996 ; jul ; 26 (4) : 204-61, 209-14.
- 23 - TAAL BG., HOEFNAGEL C., BOOH H., DEJONG D., RUTGERS M.
Carcinoid tumors of the intestines... developments in the Netherlands for diagnosis and palliative treatment.
Ned Tijdschr Geneesk ; 1999 ; feb 27 ; 143 (9) : 445-51.
- 24 - VARA THORBECK C., SALVI MARTINEZ M., TOSCANO MERDEZ R., HEWAINZ R.
Intestinal cystic lymphangioma.
Rev. Esp. Enferm. Dig ; 1994 ; oct ; 86 (4) : 764-6.
- 25 - VEYRIERES M., BAILLET P., HAY J M., FINGERHUT M., BOUILLOT JL., JULIEN M.
Factors influencing long-term survival in 100 cases of small intestine primary adenocarcinoma.
Am. J. Surg. ; 1997 ; 173 : 237-239.