

PLACE DE LA DERIVATION BILIO-DIGESTIVE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA TETE DU PANCREAS

S. BERRADA*, M. D'KHISSY*, M. RIDAI*, N.O. ZEROUALI**

RESUME

L'étude rétrospective de 46 patients atteints de cancer de la tête du pancréas, colligés entre 1976 et 1990, nous permet d'évaluer la place qu'occupe la chirurgie palliative dans le traitement de cette affection, et notamment la dérivation bilio-digestive. La dérivation cholédoco-duodénale a été pratiquée dans 78,3 % des cas, associée à une dérivation digestive (anastomose gastro-jéjunale) dans 30,4 % des cas. La mortalité opératoire a été de 8,7 %. La morbidité de 26 % avec une sténose duodénale dans 4 cas, récurrence ictérique dans 1 cas, et persistance des douleurs dans 7 cas. La survie moyenne a été de 4,7 mois. Celle-ci a dépassé 1 an dans 6,6 % des cas. Il n'y a eu aucune survie à 5 ans. Ces résultats montrent la forte proportion des interventions palliatives qui restent un traitement indispensable pour le confort du patient. Cette dérivation bilio-digestive devrait être associée de préférence à une gastro-entérostomie prophylactique afin d'éviter une éventuelle sténose duodénale.

INTRODUCTION

Le cancer de la tête du pancréas reste une affection redoutable, dont le diagnostic reste trop souvent tardif. Son pronostic demeure grave, car la survie à 2 ans est d'environ 5 % (15). Son traitement est essentiellement chirurgical, et seule l'exérèse lorsqu'elle est possible (10 à 35 % des cas (2)) peut permettre d'espérer quelques guérisons. Malheureusement, dans la majorité des cas, le geste thérapeutique effectué est palliatif, et ceci pour accroître sinon la survie du moins la qualité de vie du malade.

Cette étude porte sur 46 patients d'une série de 63, porteurs d'un cancer de la tête du pancréas, hospitalisés entre 1976 et 1990, et ayant bénéficié d'une dérivation bilio-digestive. Le but de ce travail est de préciser la place qu'occupe la chirurgie palliative, notamment la dérivation bilio-digestive (DBD) dans le traitement de cette affection, ainsi que ses limites.

(*) Service de chirurgie générale, Aile I
(**) Service des Urgences Viscérales

MALADES ET METHODES

Cette série a comporté 46 patients atteints de cancer de la tête du pancréas, hospitalisés entre 1976 et 1990. Il s'est agi de 32 hommes (70 %) et de 14 femmes. L'âge moyen était de 55 ans avec des extrêmes de 32 et 80 ans. Parmi ces patients, 15 étaient des tabagiques dont 4 alcooliques occasionnels. Le délai écoulé entre le début de la symptomatologie et le diagnostic variait de 1 à 7 mois, avec une moyenne de 3 mois. Les signes cliniques dominants et diversement associés étaient un ictère de type rétionnel retrouvé dans 100 % des cas, une altération de l'état général avec amaigrissement important, associé à une anorexie dans 87 % des cas. Les principaux signes physiques étaient l'existence d'une hépatomégalie décelée dans 78 % des cas, associée à une grosse vésicule palpable dans 60 % des cas, l'existence d'une masse épigastrique dans 4,7 % des cas.

Le transit baryté gastro-duodénal avant l'avènement de l'échographie, a été réalisé chez 7 patients et a permis de visualiser des anomalies à type d'empreintes duodénales dans tous les cas. L'échographie abdominale pratiquée chez 39 patients, n'a permis de faire le diagnostic que dans 60 % des cas, avec 10 % de faux négatifs, et dans 30 % des cas, la présence de gazs digestifs gênait l'exploration de la glande. La tomодensitométrie abdominale pratiquée dans 7 cas, a objectivé la tumeur pancréatique céphalique et son retentissement biliaire.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical palliatif consistant en une dérivation bilio-digestive (voir tableau) associé à une dérivation gastro-jéjunale. Les gestes associés à ces DBD ont consisté en une cholecystectomie dans 19 cas (41,30 %), des biopsies de nodules hépatiques dans 6 cas, révélant une métastase d'un adénocarcinome pancréatique, et une cure d'hernie hiatale dans 1 cas.

RESULTATS

L'évolution de ces patients opérés a été marquée par une

CHU Ibnou Rochd, Casablanca, Maroc.

Tirés à part : S. Berrada, 34 Bd. Zerkouni, Appt 20 Casablanca Maroc.

mortalité opératoire de 9,7 % (décès survenant dans les 30 jours qui suivent l'intervention). Ces décès étaient liés à une altération sévère de l'état général dans 2 cas, et à une hémorragie digestive dans 2 cas.

La durée d'hospitalisation moyenne a été de 17 jours, avec un séjour post-opératoire moyen de 8.

La disparition complète de l'ictère a été observée dans tous les cas au bout de 2 à 8 semaines. Néanmoins, une douleur abdominale persistante a entravé la qualité de survie de 7 malades.

Les suites post opératoires tardives ont été marquées par la survenue d'une sténose duodénale chez 4 patients ayant subi une anastomose cholédoco-duodénale isolée ; et par une récurrence ictérique dans un cas après anastomose cholédoco-duodénale. Les résultats à distance montrent l'absence de survie à 3 ans. La durée de survie moyenne des malades non décédés des suites opératoires a été de 4,7 mois. Nous avons noté 3 survies à 1 an, observées après anastomose hépatico-jéjunale dans 2 cas, et anastomose cholédoco-duodénale dans 1 cas.

DISCUSSION

Le cancer de la tête du pancréas est souvent évolué quand il est reconnu et opéré, et peu accessible à une chirurgie d'exérèse (15). Celle-ci est réalisée lorsque l'extension de la tumeur est limitée, rendant possible la chirurgie radicale (10). C'est le cas pour les stades I et II de la classification de Hermeck (6). Deux interventions sont presque exclusivement utilisées : La duodéno pancréatectomie céphalique, et la pancréatectomie totale. Ces interventions radicales représentent 5 à 35 % des modalités thérapeutiques (1, 2, 15), ceci du fait du diagnostic tardif de la maladie.

En pratique, les résultats de ces expériences sont assez décevants ; car au prix d'une mortalité opératoire comparable à celle des dérivations bilio-digestives (3,4 à 30 % après la chirurgie d'exérèse versus 6 à 26 % après chirurgie palliative (1, 2, 10, 12, 13), l'amélioration des survies à moyen et long terme est faible, représentant dans la littérature 4,8 à 26 mois (1, 15, 18). Dans la série de Bjork (18), seulement 5 % des patients étaient vivants, à 5 ans. Devant un cancer de la tête infiltrant le pédicule hépatique associé à des métastases et/ou à une ascite, donc inextirpable et ictérique, l'opportunité d'une DBD ne se discute pas. Cette chirurgie représente 60 à 98 % des attitudes thérapeutiques (1, 2, 11, 18). Dans notre série, parmi les 63 patients, nous avons réalisé cette DBD dans

73 % des cas, ce qui s'inscrit parfaitement dans l'intervalle rapporté ci-dessus.

Il s'avère nécessaire de raccourcir le délai d'évolution de l'ictère et d'opérer le plus vite possible après quelques jours de préparations générales, et ceci du fait des conséquences fâcheuses de tout ictère obstructif.

Concernant la D.B.D :

- du côté biliaire, la majorité des auteurs préfèrent le canal hépatique, car le confluent cystico-cholédocien risque d'être envahi ;
- du côté digestif, le jéjunum est recommandé, car l'estomac et le duodénum sont exposés à l'envahissement et à la compression. Ainsi, la répartition des types d'anastomoses varie en fonction des séries, et ceci du fait de la sélection des patients et des conditions locales opératoires.

L'anastomose cholédoco-duodénale, a été largement utilisée dans notre série (78,3 %), du fait de la facilité technique, de la rapidité d'exécution, et ceci chez des patients en mauvais état général le plus souvent. L'utilisation de l'anse en "Y" à la Roux doit être pratiquée chaque fois que les conditions locales et générales le permettent.

Il est de règle d'associer la cholecystectomie à ce geste, du fait de la colonisation bactérienne fréquente de l'arbre biliaire, responsable d'une cholécystite secondaire (9).

La dérivation digestive consistant en une anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale (2, 9), surtout en l'absence d'obstruction objectivée à l'endoscopie, ou sur un transit radiologique. Malgré les divergences, la majorité des auteurs optent pour l'indication systématique (2, 7, 9, 10), du fait que 13 à 30 % des sujets porteurs du cancer vont développer après D.B.D une sténose duodénale, qui nécessite une réintervention (2, 9). Cette indication systématique semble être d'autant plus justifiée que la mortalité et la morbidité de cette double dérivation sont largement liées à la D.B.D plutôt qu'à la dérivation gastro-jéjunale (2, 9). Cette association varie selon les auteurs de 17 à 46,5 % (4, 7, 15, 18, 21). Dans notre série, elle a été réalisée dans 14 cas (30,4 %) chaque fois qu'une sténose duodénale a été trouvée en per-opératoire.

Ainsi, la D.B.D arrive-t-elle au but qu'elle s'est fixée ? La réponse semble être affirmative, si l'on fait abstraction de la mortalité post-opératoire (19).

- Disparition de l'ictère et du prurit dans 76 à 100 % des cas (98 % dans notre série) ;

- Amélioration transitoire des phénomènes douloureux ;
- Amélioration ou stabilisation de l'état général ;
- Durée d'hospitalisation réduite, de l'ordre de 15 jours (17 jours en moyenne dans notre série).

La morbidité est de 15 %, si on considère les complications majeures (hémorragies digestives, fistules biliaires, insuffisance hépatique, insuffisance rénale, pancréatique), et de 45 % si on compte les complications mineures (abcès de paroi, fièvre prolongée) (2, 3, 4, 19). La mortalité opératoire est comprise selon les auteurs entre zéro et 35 %, (8,7 % dans notre série) (6, 10, 13, 19, 20). La plupart des séries donne une moyenne de survie de 6 mois, avec des extrêmes allant de 4 à 9 mois (1, 4, 14, 18, 19, 21). Dans notre étude, la survie moyenne a été de 4,7 mois, elle a été de 6,6 % à 1 an, et aucune survie à 5 ans.

L'amélioration du pronostic et l'espoir de guérison passent obligatoirement par la nécessité de diagnostiquer précocement, et d'intervenir rapidement, surtout grâce à l'avènement de l'écho-endoscopie, capable de détecter des petites

tumeurs dont le diamètre est inférieur à 20 mm, ce qui pourra améliorer le taux encore trop bas des exérèses (5, 16). La mortalité et la morbidité non négligeables en cas de D.B.D. a incité le développement d'autres thérapeutiques non chirurgicales, représentées essentiellement par le traitement prothétique biliaire endoscopique, qui reste indiqué en cas de contre-indication à l'intervention, ou lorsque l'extension tumorale est importante. Ce traitement offre une palliation satisfaisante, mais n'est pas dénué de risques tels l'angiocholite, l'hémobilie, et le biliopéritoine (2, 5).

Tableau : Modalités techniques des dérivations bilio-digestives

Type d'anastomose	Nb de cas	%
Anastomose cholédoco-duodénale	36	78,3
Anastomose hépatico-jéjunale	6	13
Anastomose cholécysto-gastrique	3	6,5
Anastomose cholécystoduodénale	1	2,2

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ANDREANI T., BUFFET C., ETIENNE J.P.
Ictère par obstacle néoplasique - place des traitements palliatifs non chirurgicaux. Gastro-entérol. Clin. Biol. 1986, 10, 308.
- 2 - BELGHITI J., LEVY P.
Tumeurs du pancréas (exocrine et endocrine). Kystes. Tumeurs kystiques. Aspects thérapeutiques. Editions techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France); Thérapeutique, 25614 A10, 6, 1990, 9p.
- 3 - BORNMAN P.C., HARRIES JONES E.P., TOBIAS R. et al.
Endoprothèse biliaire percutanée contre dérivation chirurgicale dans les cancers de la tête du pancréas : Etude contrôlée. Lancet. Jan. 1986, p.69-71.
- 4 - BRAILLON G., ROCHE M.
Traitement chirurgical palliatif des ictères néoplasiques (à propos d'une série rétrospective de 100 malades). Lyon. Chir. 84/2, 1988.
- 5 - GRELLET J., GASQUET CH., MORICHAU-BEAUCHANT M., PALAZZE L. et all.
Cancer du pancréas exocrine - éditions techniques. Encycl. Méd. Chir. Paris, France, Radiodiagnostic IV. 33653, A10, 10, 1990, 23p.
- 6 - HOLLENDER L.F., BAHNINI J., MARRIE A.
Cancer de la tête du pancréas. Encycl. Méd. Chir. Paris, France, Foie-Pancréas, 7106. A10, 5, 1985, 12P.
- 7 - HOLLENDER L.F., MEYER CH., MARRIE A. et all.
Le cancer du pancréas - Réflexions à propos de 147 cas. Ann. Chir. 1980, 34, N° 10, p. 775-777.
- 8 - HOURY S., HUGUIER M.
Cancer du pancréas. Le Concours Médical, 06. 06. 1987, p : 109-122.
- 9 - KRACHT M.
Traitement chirurgical palliatif. Rev. Prat. Paris, 1989, 39(22), p. 1951-1954.
- 10 - LACAINE F.
Cancer du pancréas (adénocarcinome). Diagnostic, évolution et pronostic, principes du traitement. Rev. Prat. Paris, 1990, 40, 2.
- 11 - LACAINE F., HOURY S., HUGUIER M.
Traitement adjuvant des cancers du pancréas exocrine. Rev. Prat. Paris, 1989, 39(22), p. 1962-1964.
- 12 - LAFERLA G., MURRAY N.R.
Carcinoma of the head of pancreas : by pass surgery in unresectable. disease. Br. J. Surg. 1987, vol : 74.
- 13 - LOUNOIS B.
Le traitement chirurgical curatif des cancers des voies biliaires et du pancréas exocrine. Rev. Prat. Paris, 1989, 39(22), p. 1945-1950.
- 14 - MATSUNO S., SATO T.
Surgical treatment for carcinoma of the pancreas (experience in 272 patients). Am. J. Surg. Vol 152. Nov 1986, p 499-503.
- 15 - MOREAUX J., CATALA M., MARZANO L.
Les résultats du traitement chirurgical du cancer du pancréas (étude d'une série de 96 opérés). Gastro-entérol. Clin. Biol. 1982, 8, p 11-16.
- 16 - PALLAZO L., AMONYAL P., GAYET B. et CALL.
Echo-endoscopie dans le diagnostic et le bilan d'extension loco-régional des adénocarcinomes du pancréas. Résultats d'une étude rétrospective. Gastro-entérol. Clin. Biol. 1990, 14, 2, BIS A 33.
- 17 - PARIENTE E.A.
Cancer du pancréas (adénocarcinomes). Diagnostic, évolution et pronostic, principes du traitement. Les Nouvelles Questions, 1 avril 1988, p 34-38.
- 18 - PREVOST F., ROOS S., ROUSSET J.F. et all.
Traitement chirurgical des adénocarcinomes de la tête du pancréas et de la région péri-ampullaire. A propos de 213 cas. Ann. chir. 1987, 41, N° 1, p 12-17.
- 19 - ROCHE M.
Traitement chirurgical palliatif des ictères néoplasiques. A propos de 100 observations. Thèse de Médecine. Lyon 1987.
- 20 - SHOUTEN J.T.
Operative therapy for pancreatic carcinoma. Am. J. sug. Vol 151, May 1986, 626-630.
- 21 - VAN KEMMEK M., RWAMASIROBO E., LAGACHE G.
152 Cancer du pancréas. Classifications sectorielles et options thérapeutiques. Chirurgie, 1983, 103, p 260-267.