

Survenue d'un adénocarcinome gastrique 10 ans après une " Silastic Ring Vertical Gastroplasty " : cas isolé ou lien de cause à effet ?

Gastric adenocarcinoma following " Silastic Vertical Ring Gastroplasty ". Case Report

A. Belhaj¹, L. Memo², A. Mehdi³, F. Mboti² et J. Closset¹

Services de Chirurgie Digestive, ¹Hôpital Erasme, ²C.H.U. Brugmann, ³H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles

RESUME

Objectifs : La chirurgie bariatrique est considérée comme le traitement le plus efficace pour l'obésité morbide. Mais toute procédure comporte des complications à court et à long terme. Il reste en outre des inconnues concernant la survenue de néoplasie gastrique et son éventuel rapport avec une chirurgie bariatrique.

Nous décrivons le cas d'une patiente ayant développé un adénocarcinome gastrique après une gastroplastie par agrafage vertical.

Méthode : Une femme de 54 ans se présente avec vomissements postprandiaux, inappétence, dysphagie et une perte de poids significative 10 ans post SRVG. Une gastroscopie avec biopsie confirme la présence d'un adénocarcinome juxta-pylorique ; le bilan ne montre pas de métastases. Après trois cycles de chimiothérapie néoadjuvante, une gastrectomie subtotala avec une anse en Y a été réalisée.

Une revue de littérature est réalisée.

Résultats : Une fistule anastomotique survient dans le postopératoire immédiat et a été traitée de façon conservatrice. Un abcès de paroi survient également et est drainé. L'analyse anatomopathologique montre un adénocarcinome T2bN1 avec marges saines. Une chimiothérapie adjuvante est administrée. Deux ans après, la patiente ne présente pas de signe de récurrence. La revue de littérature ne montre pas une augmentation de l'incidence des néoplasies gastriques post chirurgie bariatrique mais des retards de diagnostic liés à la similitude des symptômes en cas de sténose anastomotique ainsi qu'aux difficultés techniques de dépistage.

Conclusions : Il apparaît d'après cette revue de littérature illustrée par notre cas clinique qu'il n'y aurait aucun rapport entre une chirurgie bariatrique et une survenue de néoplasie gastrique.

Il reste qu'il faut être vigilant face à toute symptomatologie suspecte et mettre tous les moyens diagnostiques en œuvre pour pouvoir dépister et traiter au plus tôt cette catégorie de patients.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 459-62

ABSTRACT

Objectives : Bariatric surgery is considered as the most effective therapy for morbid obesity. But, each procedure carries both short-and long-term complications. And, it remains unclear if the late occurrence of gastric adenocarcinoma could be linked to bariatric surgery.

We described a case of a female who developed a gastric adenocarcinoma after a silastic ring vertical gastroplasty (SRVG).

Methods : A 54-year-old female presented with postprandial vomiting, poor appetite, dysphagia and weight loss 10 year after a SRVG. A gastroscopy with biopsy disclosed a juxta-pyloric adenocarcinoma. No distant metastasis was found. After 3 cycles of neoadjuvant chemotherapy, a subtotal gastrectomy with Roux-en-Y anastomosis was performed.

Results : After the surgery, a minor anastomotic leak was treated conservatively and a parietal abscess was drained. The pathological studies demonstrated a T2bN1 adenocarcinoma with negative margins. Adjuvant chemotherapy was administered. At the last work up, the patient is disease-free.

Conclusion : The association between a gastric adenocarcinoma and a bariatric procedure such as a SRVG is difficult to assess without a case-control or a cross-sectional study.

Nevertheless, when new upper digestive tract complaints occur in any patient with an otherwise unremarkable bariatric surgery follow-up, the diagnosis of gastric cancer should be bear in mind.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 459-62

Key words : bariatric surgery, adenocarcinoma, cancer, Silastic Ring Vertical Gastroplasty, gastroplasty

INTRODUCTION

L'obésité morbide correspond à une pathologie sévère reconnue comme un problème majeur de santé publique dans le monde entier et plus particulièrement aux Etats-Unis. Dans ce pays, 32 % des adultes présentent un surpoids et 22,5 % sont obèses¹.

En France, l'obésité est en progression et est estimée à 6-10 % dans les deux sexes (obésité morbide 0,2-0,3 %).

Fréquente dans les pays industrialisés, elle augmente dans les pays en voie de développement.

L'obésité morbide diminue l'espérance de vie de 10-15 ans. Ceci est dû à l'association de facteurs de risque qui sont pour la plupart cardiovasculaires.

De multiples études ont démontré l'impuissance du traitement médical face à l'obésité morbide. La chirurgie reste donc le *gold standard* face à cette pathologie.

La réflexion sur une chirurgie bariatrique a été initiée par E. Mason au début des années 60 quand il constata une importante perte de poids chez les patients ayant subi une résection haute de l'estomac pour cancer ou ulcère.

Il décrit donc en 1967 l'intervention consistant à diviser l'estomac en une partie proximale restreinte anastomosée à une anse jéjunale².

Depuis, plusieurs techniques ont été développées se basant sur le principe restrictif seul ou associé au principe malabsorptif.

La SRVG (*Silastic Ring Vertical Gastroplasty*) est une variante de gastroplastie verticale calibrée décrite par Mason dans les années 70 et modifiée par Mc Lean. Il s'agit d'une technique restrictive.

Depuis plusieurs années, quelques cas de cancer survenant chez des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique ont été publiés.

Nous présentons le cas d'une patiente bénéficiant d'une SRVG ayant présenté une néoplasie gastrique. Nous tâchons d'élucider la question à travers une revue de littérature.

CAS CLINIQUE

Une femme de 54 ans présente des vomissements postprandiaux systématiques avec inappétence, une dysphagie pour les liquides et les solides ainsi qu'une récente perte de poids.

Dans ses antécédents, on note une SRVG pratiquée 10 ans auparavant pour obésité morbide.

Une endoscopie est réalisée ; elle montre une

tumeur située en région juxta-pylorique. Les biopsies confirment la nature maligne de la lésion. Il s'agit d'un adénocarcinome avec des cellules en bague à chaton (classification WHO). Le bilan d'extension est négatif.

La patiente bénéficie donc de 3 cures de chimiothérapie néoadjuvante. Elle est opérée ensuite. Nous avons réalisé une gastrectomie subtotale emportant le pylore avec une anastomose gastroduodénale mécanique latéro-latérale.

L'examen anatomopathologique de la pièce montre une muqueuse gastrique fortement inflammatoire ; la tumeur infiltre la sous-muqueuse et la musculuse. 19 ganglions sont identifiés comme étant envahis pour dix d'entre eux (T2bN1).

Les marges de résection sont saines.

Une recherche d'*Helicobacter pylori* n'a malheureusement pas été réalisée.

La patiente développe une fistule anastomotique mineure en postopératoire se tarissant avec un traitement conservateur et un abcès d'un orifice de lamelle drainé chirurgicalement avec succès.

Deux mois après l'intervention, la patiente se porte bien et bénéficie d'une chimiothérapie adjuvante à visée curative.

A deux ans de l'intervention, la patiente ne présente pas de récurrence locale ou à distance.

DISCUSSION

Depuis les années 70, la gastroplastie sous formes diverses a été utilisée comme traitement de l'obésité morbide.

Plusieurs articles ont été publiés et suggèrent l'augmentation de l'incidence de cancer après ce genre de procédure.

Il est important de noter que l'obésité, à elle seule, constitue un facteur de risque dans le développement d'un cancer³.

L'incidence d'un cancer gastrique après gastrectomie pour lésion bénigne est de 1,8 % à 14,6 ans⁴ et de 6,5 % à 15-20 ans⁵.

De même, dans d'autres études, la gastrectomie de type Billroth II est associée à un RR de 3,3 de développement d'un adénocarcinome de la poche proximale comparée à la population générale^{6,7}.

Les carcinomes se développent classiquement dans les 15-20 ans postopératoires, proches du site anastomotique^{8,9}.

Nous ne disposons d'aucune preuve (que des cas isolés) concernant la survenue de cancer suite à

Tableau : Ensemble des études recensées dans la littérature traitant de survenue de néoplasie après une chirurgie bariatrique.

Réf. étude	Sexe	Age	Intervention	Latence	Circonstances	AP
Povoski ¹⁰	H	52	<i>Banding</i>	19 ans	Nausée et vomissement	Schwannome 5 cm N- M-
Papakonstantinou ¹¹	H	46	SRVG	6 ans	Vomissement, fatigue et perte de poids	Carcinome mixte T4N1M0
Zirak ¹²	F	52	SRVG	2 ans	Epigastralgies et anorexie	Adénocarcinome T1N0M0
Keshishian ¹³	F	62	<i>Banding</i>	10 ans	Epigastralgies	Adénocarcinome T2bN1M1
Snook ¹⁴	F	50	<i>Banding</i>	8 ans	Dysphagie	Adénocarcinome œsophage métastatique
Escalona ¹⁵	F	51	<i>Bypass</i>	8 ans	Epigastralgie, DEG et vomissements	Adénocarcinome T4N1M0
Trincado ¹⁶	F	52	<i>Banding puis bypass</i>	5 ans	Epigastralgies	Adénocarcinome T3N1M0
Corsini ¹⁷	F	57	<i>Bypass</i>	4 ans	Epigastralgies et perte de poids	Adénocarcinome T4N1M1HP+
Babor ¹⁸	F	61	<i>Bypass</i>	19 ans	Dysphagie, nausées et perte de poids	Adénocarcinome T3N0M0
Chebib ¹⁹	H	60	VBG	15 ans	Hg digestive haute et perte de poids	Adénocarcinome T2bN1M0HP-
Dans ce cas présent	F	54	SRVG	10 ans	Vomissement, dysphagie et perte de poids	Adénocarcinome T2bN1M0

des procédures bariatriques.

Nous avons essayé de rassembler les cas recensés dans la littérature (tableau).

Plusieurs hypothèses ont été exposées dans ces différents cas. Un changement de la muqueuse après gastroplastie a été rapporté¹⁰. Le mécanisme à la base de ce changement histologique serait la diminution du nombre de cellules pariétales suite à l'augmentation de la pression de la poche et la diminution du débit sanguin avec ischémie.

La bile serait aussi en cause car elle ne serait pas assez éliminée par les aliments et/ou les contractions antrales ne seraient pas suffisantes même si l'innervation vague et la sécrétion d'acides sont préservées¹¹.

L'*Helicobacter pylori*, quant à lui, est désigné comme grand coupable par plusieurs auteurs malgré l'inexistence de preuves tangibles l'incriminant. Il peut effectivement amorcer des changements inflammatoires de la muqueuse gastrique avec perte des glandes gastriques, atrophie et augmentation des gastrites et ulcérations. Mais, aucun lien de cause à effet n'a été identifié. Son incidence reste équivalente à celle de la population générale¹².

D'autres hypothèses traitent du traumatisme mécanique local, soit par les agrafes ou l'anneau, soit par stase alimentaire avec impaction et/ou friction^{13,14}.

Pour Mason, qui s'est exprimé sur la question en 1966, il existerait deux causes éventuelles prévalant sur les autres : reflux chronique et vidange insuffisante de la poche proximale.

Les facteurs diététiques, le possible changement de pH gastrique, l'irritation chronique par les agrafes et l'HP ne seraient que des facteurs prédisposants secondaires¹⁵.

CONCLUSION

Vu le nombre de SRVG pratiquées ces dernières décennies et la rareté des cas rapportés, l'incidence du cancer après SRVG semble rester équivalente à celle de la population générale.

Si une relation existe, l'hypothèse porterait plutôt sur les agrafes et la diminution du débit local. Le rôle de l'*Helicobacter pylori* est encore à définir.

Il reste qu'il faut y penser face à des patients présentant de nouveaux symptômes à distance d'une procédure bariatrique. Certains auteurs suggèrent même la nécessité d'un *follow up* à long terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL : Overweight and obesity in the United States : prevalence and trends, 1960-1994. *Int J Obesity* 1998 ; 22 : 39-47

2. Mason EE, Ito C : Gastric bypass in obesity. Surg Clin North Am 1967 ; 47 : 1345-52
3. Zeni TM, Frandzites CT, Mahr C *et al.* : Value of preoperative upper endoscopy in patients undergoing laparoscopic gastric bypass. Obes Surg 2006 ; 16 : 142-6
4. Green FL : Early detection of gastric remnant carcinoma : The role of gastroscopic screening. Arch Surg 1987 ; 122 : 300-3
5. Gandolfi L, Vaira D, Bertoni F *et al.* : Cancer of gastric stump in Italy. Gastrointest Endosc 1988 ; 34 : 242-6
6. Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro U, Reynolds JC *et al.* : Morphologic, histologic and molecular similarities between adenocarcinomas arising in the gastric stump and intact stomach. Cancer 1996 ; 78 : 2288-99
7. MacDonald WC, Owen DA : Gastric carcinoma after surgical treatment of peptic ulcer : an analysis of morphologic features and a comparison with cancer in the non-operated stomach. Cancer 2001 ; 91 : 1732-8
8. Toftgaard C : Gastric cancer after peptic ulcer surgery. A historic prospective cohort investigation. Ann Surg 1989 ; 210 : 159-64
9. Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro U : Gastric stump cancer : What is the risk ? Dig Dis 1998 ; 16 : 159-68
10. Povoski SP, Chang WL : Gastric schwannoma found incidentally 19 years after a horizontal gastroplasty for morbid obesity. Obes Surg 2001 ; 11 : 762-5
11. Papakonstantinou A, Moustafellos P, Terzis I, Strapopoulos C, Hadjiyannakis E : Gastric cancer occurring after vertical banded gastroplasty. Obes Surg 2002 ; 12 : 118-20
12. Zirak C, Lemaitre J, Lebrun E, Journée S, Carlier P : Adenocarcinoma of the pouch after silastic ring vertical gastroplasty. Obes Surg 2002 ; 12 : 693-4
13. Keshishian A, Hamilton J, Hwang L *et al.* : Varcinoid tumor and bariatric surgery. Obes Surg 2002 ; 12 : 874-5
14. Snook KL, Ritchie J : Carcinoma of esophagus after adjustable gastric banding. Obes Surg 2003 ; 13 : 800-2
15. Escalona A, Guzman L, Ibanez L, Meneses L, Huete A, Solar A : Gastric cancer after Roux-en-Y gastric by-pass. Obes Surg 2005 ; 15 : 423-7
16. Trincado MT, del Olmo JC, Garcia Castado J *et al.* : Gastric pouch carcinoma after gastric by-pass for morbid obesity. Obes Surg 2005 ; 15 : 1215-7
17. Corsini DA, Simoneti CAM, Moreira G *et al.* : Cancer in the excluded stomach 4 years after gastricby-pass. Obes Surg 2006 ; 16 : 932-4
18. Babor R, Booth M : Adenocarcinoma in the gastric pouch 26 years after loop gastric bypass. Obes Surg 2006 ; 16 : 935-8
19. Chebib I, Beck PL, Church NG, Medicott SAC : Gastric pouch adenocarcinoma and tubular adenoma of the pylorus : A field effect of dysplasia following bariatric surgery. Obes Surg 2007 ; 17 : 843-6

Correspondance et tirés à part :

A. BELHAJ
 Hôpital Erasme
 Service de Chirurgie Digestive
 Route de Lennik 808
 1070 Bruxelles
 E-mail : abelhaj@ulb.ac.be

Travail reçu le 9 avril 2009 ; accepté dans sa version définitive le 28 mai 2010.