



Cas Clinique

Un Cas d'Adénocarcinome de la Vésicule Biliaire à Yaounde

Gallbladder adenocarcinoma : a case report

TABOLA Lionel¹, NANA OUMAROU Blondel¹, NGANWA Grace², NDJOLE Carole Marlyse¹,
NDOM Paul¹, MOUELLE SONE Albert³, SANDO Zacharie¹

¹ Faculté de Médecine et des Sciences
Biomédicales- Université de Yaoundé I

² Faculté de Médecine et des Sciences
Pharmaceutiques- Université de Douala

³ Faculty of Health Sciences - University of
Buea

Correspondance :

Dr TABOLA Lione

Email : magnantr@yahoo.fr

Mots-clés : vésicule biliaire, tumeur,
adénocarcinome

Key-words: gallbladder, tumor,
adenocarcinoma.

RÉSUMÉ

Les tumeurs malignes de la vésicule biliaire sont extrêmement rares et ne sont qu'exceptionnellement diagnostiquées à un stade précoce. Nous rapportons un cas d'adénocarcinome de la vésicule biliaire survenu chez un patient de 60 ans, avec des symptômes et des examens paracliniques peu évocateurs et dont l'examen anatomopathologique de la pièce chirurgicale a documenté un adénocarcinome invasif peu différencié, avec infiltration de toute la paroi de la vésicule biliaire avec atteinte de la séreuse sans dépassement. Cette tumeur a été classée stade pT3 selon la classification TNM. Notre cas d'adénocarcinome de la vésicule biliaire documenté à l'anatomopathologie, avait des symptômes et des examens paracliniques peu spécifiques.

ABSTRACT

Gallbladder cancers are extremely rare and are exceptionally diagnosed at an early stage. We report a case of gallbladder adenocarcinoma that occurred in a 60-year-old patient, with symptoms and paraclinical examinations that were not very evocative and whose anatomopathological examination of the surgical specimen documented a poorly differentiated invasive adenocarcinoma, with infiltration of the entire wall of the gallbladder with damage to the serosa without protrusion. This tumour was classified as stage pT3 according to the TNM classification. Our case of gallbladder adenocarcinoma documented in pathology, had symptoms and paraclinical examinations that were not very specific.

INTRODUCTION

Le cancer de la vésicule biliaire est rare, il représente 3% de toutes les tumeurs malignes [1]. Il est le cancer le plus fréquent des cancers du tractus biliaire [2]. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome. Le pronostic de ce cancer est le plus souvent sombre. Nous rapportons une nouvelle observation d'un adénocarcinome primitif de la vésicule biliaire en discutant des difficultés liées aux démarches diagnostiques.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'un patient âgé 60 ans, sans antécédent particulier. Il avait consulté pour douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis 03 mois, associée à des vomissements intermittents, de faible abondance, parfois alimentaires, ainsi qu'à une asthénie physique. A l'examen physique, il était amaigri, afebrile, subictérique et la palpation trouvait une défense de l'hypochondre droit. A la biologie, la CRP était à 48mg/l, les γ GT et PAL étaient élevés à 2 fois la normale, les globules blancs à 11 050 cellules /mm³ l'ACE était à 50,64ng/ml. Les transaminases, l'amylasémie ainsi que la lipasémie

étaient normales. Une échographie abdominale montrait une vésicule biliaire légèrement distendue, alithiasique, siège d'une masse polypoïde, sans dilatation des voies biliaires intra ni extra hépatiques. La TDM abdominale confirmait les trouvailles échographiques et évaluait la taille du polype à 23 mm. Le patient avait été opéré par voie laparoscopique. Une cholécystectomie avait été réalisée avec des suites immédiates simples. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un adénocarcinome invasif peu différencié, avec infiltration de toute la paroi de la vésicule biliaire avec atteinte de la séreuse sans dépassement (Figure 1). La limite d'exérèse chirurgicale du canal cystique était en tissu sain. Cette tumeur était classée stade p T3 selon la classification TNM. Une TDM abdominale faite un mois après l'intervention montrait un envahissement des segments hépatiques IV et V. Une chimiothérapie palliative à base de gemcitabine- oxaliplatine avait été proposée. Le patient avait été perdu de vue sans la débiter.

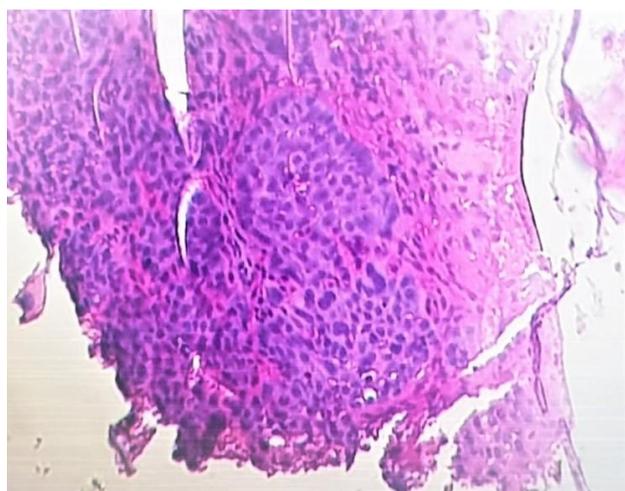


Figure 1 : Microscopie de la tumeur montrant l'infiltration de la paroi de la vésicule biliaire par les structures glandulaires denses, compactes faites de cellules épithéliales atypiques (x 20).

DISCUSSION

Le cancer de la vésicule biliaire ne représente que 3% des cancers et reste de mauvais pronostic [1]. Son pic de fréquence se situe entre 50 et 60 ans [3]. Notre patient se retrouvait dans cet intervalle. Le sexe ratio femme/homme est généralement supérieur à 1, s'étendant entre 2/1 et 3/1 [3,4]. L'adénocarcinome est une entité histologique qui représente 90% des cancers de la vésicule biliaire, avec des degrés variables de différenciation [2]. Le diagnostic histologique de malignité est confirmé après que le patient se soit présenté au chirurgien dans une des trois situations suivantes : suspicion clinique de malignité en pré opératoire, cholécystectomie dans un contexte de suspicion de tumeur bénigne, ou cholécystectomie dans un contexte d'autres pathologies [5]. Notre patient avait été opéré pour suspicion de polype avant que le diagnostic de cancer ne soit posé. Dans la littérature, il est admis que les polypes isolés ou mesurant plus de 15mm se révèlent souvent être malins [6,7].

Les signes cliniques d'un adénocarcinome de la vésicule biliaire sont peu spécifiques et ressemblent aux autres tumeurs vésiculaires qui ont toutes la particularité de se manifester tardivement à un stade évolué de la maladie [8]. Son traitement curatif dépend de l'extension locorégionale qu'il était difficile de préciser lors de la chirurgie, le diagnostic de lésion maligne n'ayant pas été posé d'emblée. Ledit traitement est basé sur la résection chirurgicale comme ce fut le cas chez ce patient. Les limites chirurgicales passaient en tissu sain, ce qui pouvait améliorer le pronostic. Comme pour les adénocarcinomes vésiculaires, la réalisation d'une cholécystectomie chez les patients à haut risque (ceux avec calcul de plus de 3cm, polype >1cm, reflux pancréatico-biliaire, vésicule en porcelaine, adénomyomateuse segmentaire, cholécystite xanthogranulomateuse) reste encore le moyen de prévention le plus performant. La thérapie combinant gemcitabine et sel de platine proposée à notre patient est considérée comme le traitement palliatif standard indiqué

pour les cancers de la vésicule biliaire [9]. Le patient est perdu de vue comme c'est également rapporté dans notre contexte pour ce qui concerne d'autres types de cancer [10]. Les pertes de vue sont souvent attribuées aux barrières socio culturelles, à la récupération des patients par la médecine alternative ou à des difficultés d'accessibilité financière, la couverture santé universelle n'étant pas encore effective au pays.

CONCLUSION

Nous avons rapporté un cas rare d'adénocarcinome de la vésicule biliaire documenté à l'anatomopathologie, avec des symptômes et des examens paracliniques peu spécifiques. Le patient a été perdu de vue après la chirurgie pour des raisons méconnues, ce qui empêche d'apprécier sa survie.

RÉFÉRENCES

1. Miller G., Jarnagin W.R. Gallbladder carcinoma. *The journal of cancer surgery*, 34(2008) 306-318
2. Lazcano-Ponce EC, Miquel JF, Muñoz N, et al. Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer. *CA: Cancer J Clin*. 2001; 51(6):349-64
3. Ibrahima Ka, Magatte Faye, Papa Saloum Diop, Amadou Bocar Niang Aliou Coly Faye, Jean Marc Ndoeye, Babacar Fall. Cancers biliaires: aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques à propos de 20 cas. *Pan Afr Med J*. 2018; 29: 13
4. Konstantinidis IT, Deshpande V, Genevay M, et al. Trends in presentation and survival for gallbladder cancer during a period of more than 4 decades: a single-institution experience. *Arch Surg*. 2009;144(5): 441-7
5. de Aretxabala X, Roa I, Burgos L, et al. Gallbladder cancer: an analysis of a series of 139 patients with invasion restricted to the subserosal layer. *J Gastrointest Surg* 2006;10:186-92.
6. Tazuma S, Kajiyama G. Carcinogenesis of malignant lesions of the gall bladder. The impact of chronic inflammation and gallstones. *Langenbecks Arch Surg* 2001;386:224-9.
7. Yang HL, Sun YG, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg* 1992;79:227-9.
8. Rekika W, Ben Fadhela C, Boufarouaa AL, Mestiri H, Khalfallah MT, Bouraouia S, Mzabi-Rgayaa S. Case report: Primary pure squamous cell carcinoma of the gallbladder. *Journal of Visceral Surgery*. 2011 Apr;148(2):149-51.
9. Eckel F, Schmid RM. Chemotherapy in advanced biliary tract carcinoma: a pooled analysis of clinical trials. *Br J Cancer* 2007;96:896-902
10. Gondos A, Brenner H, Wabinga H, Parkin DM. Cancer survival in Kampala, Uganda. *Br J Cancer*. 2005;92(9):1808-12