

Les tumeurs carcinoïdes du tube digestif

Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract

Bineta Ndiaye, Ndèye Marième Gueye Diagne, Ibrahima Diallo, Fatou Fall, Abdou Rajack Ndiaye

Services Médicaux – Hôpital
Principal de Dakar – Sénégal

Correspondance à :

Abdou Rajack NDIAYE
abdourajack@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3113>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Les carcinoïdes digestifs sont des tumeurs neuroendocrines dérivant des cellules de Kultshinsky, sécrétrices d'hormones ou de neurotransmetteurs. Les auteurs rapportent ici, 3 cas de tumeurs carcinoïdes digestives au Sénégal. La première observation est celle de Madame TC, 54 ans qui a présenté des épigastralgies aux AINS. A la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) il y avait une hernie hiatale de petit volume et un polype sessile du deuxième duodénum (D2) d'1 cm de diamètre. Après exérèse à l'anse diathermique, l'histologie montrait un carcinoïde typique. Madame FD, 47 ans était la deuxième patiente, admise en Juillet 2004 pour des épigastralgies et une dyspnée d'effort. L'examen était normal. La FOGD montrait un polype sessile de 5 mm de diamètre de (D2). L'anatomopathologie objectivait un carcinoïde infiltrant la muqueuse et la sous muqueuse avec à l'immunohistochimie, une prolifération épithéliale chromogranine A positive. La TDM montrait 2 hypodensités arrondies de 14,6 mm et 32,2 mm de diamètres, aux lobes droit et gauche du foie d'allure métastatique. Madame CN, 48 ans, suivie pour une maladie de Biermer depuis 1996, était reçue en octobre 2004 pour découverte endoscopique d'un polypoïde gastrique. L'examen physique était normal et à la FOGD il y avait un aspect en fond d'œil diffus de la muqueuse gastrique, avec masses polypoïdes sessiles multi-métriques à la grosse tubérosité et à la petite courbure. Après exérèse à la pince chaude, A l'histologie on notait un carcinoïde infiltrant et à l'immunohistochimie, la cytotokératine et la chromogranine A positives.

Mots-clés : Carcinoïdes, 5HIAA, APUD.

ABSTRACT

Gastrointestinal carcinoid tumors are neuroendocrine tumors deriving from Kultshinsky cells, secreting hormones of neurotransmitters. The authors report here 3 cases of gastrointestinal carcinoid tumors in Senegal. The first case is Mrs. TC, 54 years-old who presented with epigastralgia after taking NSAIDs. Esogastroduodenal endoscopy (EGDE) showed a small hiatal hernia and a sessil polyp on the second duodenum (D2), measuring 1 cm. After removal using a hot wire loop, histological analysis showed a typical aspect of carcinoid tumor. The second case is Mrs. FD, 47 years-old was admitted in the department for epigastralgia and exertional dyspnea. Physical examination was normal. EGDE showed a 5 mm sessil polyp on D2. Histological examination concluded to a carcinoid tumor, infiltrating mucosa and immunohistochemistry objectified a chromogranine A positive epithelial proliferation. Tomodensitometry was in favour of 2 round liver nodes of 14.6 and 32.2 m. Finally, Mrs. CN, 48 years-old, was followed for a Biermer's disease since 1996, was received in 2004 for a periodic EGDE. Which showed an "ocular fundus" aspect of gastric mucosa with multiple polypoid masses of the greater tuberosity. After removal using a hot clip, histological examination was in favor of an infiltrating carcinoid, which was cytotokératine and chromogranine A positive.

Keywords: Carcinoïdes, 5HIAA, APUD.

الأورام السرطانية الهضمية. ثلاثة مواقع نادرة في المستشفى المركزي بدكار

المخلص:

الأورام السرطانية الهضمية هي أورام الغدد الصماء العصبية والمنفردة عن خلايا كولتشنسكي، المفترزة للهرمونات أو الناقلات العصبية. نورد 3 حالات لأورام سرطانية هضمية في السنغال. الملاحظة الأولى هي للسيدة ت س، 54 عام والتي اشتكت من آلام على مستوى البطن الناتجة عن مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية. أظهر التنظير الهضمي العلوي وجود فتق الحجاب الحاجز ذو حجم صغير وسليمة لاطنة من الاثنى عشر الثاني بقطر 1 سم. بعد ازالة بالكوف المنفذ للحرارة، أظهر تحليل الأنسجة سرطان نموذجي. السيدة ف د، المريضة الثانية، 47 سنة دخلت المستشفى في يوليو 2004 بسبب ألم شرسوفي وضيق النفس الجهدى. وكان الفحص العادي. أظهر الفحص بالمنظار سليمة لاطنة 5 مم. أظهر علم تشريح الأمراض سرطان مخترق للغشاء المخاطي وتحت المخاطي كما أظهرت التحليل النسيجي المناعي المناعي، انتشار ظهاري كروموجرانين أ إيجابي. أظهر الفحص الأشعاعي نقص الكثافة دائري بقطر 14.6 ملم و 32.2 ملم في الفصين الأيمن والأيسر للكبد على شكل ورم خبيث. السيدة س ن 48 سنة، معروفة بمتلازمة بيرمار منذ عام 1996، تم استئصالها في أكتوبر تشرين الأول عام 2004 لاكتشاف سليمة الشكل بالمعدة. كان الفحص البطني عادي وبعد الفحص بالمنظار ظهور قاع منتشر في الغشاء المخاطي للمعدة، مع كتلة سليمة الشكل على مستوى الحدية الكبيرة والأنحاء الصغيرة. بعد الاستئصال بالملقط الساخن، لاحظنا بعد التحليل النسيجي سرطان متسلل وبعد الدراسة النسيجية المناعية السيتوكيراتين وكروموجرانين أ إيجابي.

كلمات البحث: سرطان، 5 ح أ، أبودية.

Pour citer l'article :

Ndiaye B, Gueye Diagne NM, Diallo I, et al. Les tumeurs carcinoïdes du tube digestif. *Batna J Med Sci* 2016;3(1):57-60. <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3113>

INTRODUCTION

Les carcinoïdes digestifs sont des tumeurs neuroendocrines dérivant des cellules de Kultshinsky, sécrétrices d'hormones ou de neurotransmetteurs [1,2]. La première description de ces tumeurs a été faite par Von Merling en 1808, mais c'est en 1954 que Biork

et Thorson font le lien entre le tableau clinique du syndrome carcinoïde et la sécrétion de la sérotonine. Nous rapportons trois observations de sénégalaises qui présentaient des tumeurs carcinoïdes du tube digestif. Elles étaient admises en service de Médecine Interne et de pathologie digestive de l'Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.

OBSERVATIONS

Observation 1

Mme T.C., 54 ans, était admise le 13 Février 2004 pour une poussée aiguë de polyarthrite rhumatoïde connue et traitée depuis 1997 par méthotrexate (7,5 mg par semaine), hydroxychloroquine (400 mg par jour) et predisone (5 mg par jour). A l'entrée, elle présentait un bon état général et n'avait pas d'anomalie du revêtement cutané-muqueux. On trouvait à l'examen une tuméfaction inflammatoire intéressant les genoux et les poignets avec un discret coup de vent cubital bilatéral, de même qu'un pannus aux interphalangiennes proximales. L'abdomen étant souple sans masse palpée et il n'y avait pas d'adénopathies aux aires ganglionnaires. Elle a présenté par la suite des épigastralgies ulcéroformelles secondaires à une prise d'AINS (indométacine) en cours d'hospitalisation. Une fibroscopie œsogastro-duodénale (FOGD) réalisée mettait en évidence une hernie hiatale de petit volume et une masse polypoïde sessile duodénale (D2) d'1 cm de diamètre (figure 1).



Figure 1. Polype pédiculé du bulbe duodénal

Après exérèse à l'anse diathermique du polype, l'histologie concluait à un carcinome typique du duodénum. Sur le plan paraclinique, il n'y avait pas de perturbation métabolique, ni de trouble de la crase sanguine et l'hémogramme était normal. Le scanner abdominopelvien était normal et à la coloscopie il y avait un aspect d'hypertrophie de la valvule Bauhin. La calcémie était de 97 mg/l (N : 90 à 100 mg /l) tandis que le taux sérique de sérotonine s'élevait à 100 µg/l (N : inférieur à 300 µg/l). L'acide 5 hydroxy-indol-acétique urinaire était dosé à 0,8 mg/24 h (N : inférieur à 8,9 mg/24 h). Sur le plan évolutif, la patiente est vue à 6 mois, elle ne présente aucune particularité en dehors des poussées périodiques de polyarthralgies en rapport avec la polyarthrite rhumatoïde.

Observation 2

Mme F.D., 47 ans, admise le 21 juillet 2004 pour des douleurs épigastriques, une dyspnée et une asthénie physique. Cette symptomatologie évoluait depuis 4 mois, marquée par l'apparition spontanée d'épigastralgies à type de pesanteur, non rythmées par les repas et accompagnées de sensation de nausées. Le tableau a persisté malgré plusieurs traitements symptomatiques et après 3 mois d'évolution, est apparue une dyspnée d'effort de stade 2 avec asthénie physique et une lassitude. L'interrogatoire à l'entrée retrouvait une notion

d'asthme familial et de ligature des trompes en 2003. A l'examen elle présentait un bon état général, sans anomalie cutané-phanérienne. L'abdomen était souple, ne présentait pas de masse à la palpation et il n'y avait pas d'adénopathies aux aires ganglionnaires. Les touchers pelviens étaient sans particularité. L'examen cardiovasculaire et pleuropulmonaire étaient strictement normaux. L'endoscopie digestive haute avec biopsie objectivait un polype sessile de 5 mm de diamètre du deuxième duodénum et à la coloscopie il existait un polype pédiculé rectal qui a bénéficié d'une exérèse à l'anse. L'examen histologique du polype sessile concluait à une tumeur carcinoïde infiltrant la muqueuse et la sous-muqueuse duodénale et à l'immunohistochimie il y avait une prolifération épithéliale chromogranine A positive. Le scanner abdominal mettait en évidence deux lésions hypodenses arrondies mesurant 14,6 mm et 32,2 mm de diamètre localisées respectivement aux lobes droit et gauche du foie. Ces lésions étaient évocatrices de métastases kystiques de la tumeur carcinoïde (figure 2).



Figure 2. Lésion hypodense arrondie du lobe droit hépatique évocatrice de métastase kystique de la tumeur carcinoïde.

Sur le bilan biologique, le bilan hépatique n'était pas perturbé de même que l'hémogramme et le bilan rénal. La gastrinémie était de 97 ng/l (N : 15 à 110 ng/l) et le taux plasmatiques de sérotonine dosée à 40 µg/l (N : 10 à 50 µg/l). Le taux urinaire de l'acide 5 hydroxy indol-acétique (1,5 mg/24h) était normal. La patiente a été perdue de vue.

Observation 3

Mme C.N., 48 ans, suivie pour une maladie de Biermer diagnostiquée en 1996 et traitée par vitamine B12 était admise le 13 octobre 2004 pour une découverte endoscopique d'une masse polypoïde gastrique au cours d'un contrôle. Dans ses antécédents on notait une hystérectomie en 2001 pour fibrome utérin. L'examen général était normal. L'abdomen était souple sans masse à la palpation et les aires ganglionnaires libres. Les bruits du cœur étaient réguliers, le murmure vésiculaire bien perçu et il n'y avait pas de bruit surajouté.

La fibroscopie œsogastroduodénale avec biopsie exérèse mettait en évidence un aspect en fond d'œil diffus de la muqueuse gastrique, avec présence de masses polypoïdes sessiles millimétriques au niveau de la grosse tubérosité et

de la petite courbure. Elle a ensuite bénéficié d'une exérèse à la pince chaude. L'anatomie pathologique de la pièce concluait à une localisation gastrique d'une tumeur carcinoïde infiltrante. Sur le plan immunohistochimique, la population tumorale exprimait une positivité vive de la cytokeratine et de la chromogranine A. La coloscopie totale était normale de même que le transit baryté. L'échographie abdominale et la tomодensitométrie abdominales étaient également normales. Sur le plan biologique, il n'y avait pas de perturbation des bilans hépatique et rénal. Elle présentait une discrète anémie (11 g/dl de taux d'hémoglobine) normochrome, normocytaire. La calcémie était dosée à 95 mg/l (N : 90 à 105 mg/l) et la lactico-déshydrogénase à 316 ui/ml (N : 140 à 300 ui/l). La gastrinémie était de 204 ng/l (N : 15 à 110 ng/l) et le taux de sérotonine s'élevait à 430 µg/l (N : inférieur à 300 µg/l) et l'acide 5-hydroxy-indol-acétique urinaire était dosé à 7,1 mg/24h (N : inférieur à 8,9 mg/24 h). L'évolution était favorable 4 mois après l'exérèse endoscopique et la patiente fut évaluée tous les 6 mois.

DISCUSSION

Les carcinoïdes représentent un type de tumeur neuroendocrine du système APUD. Elles sont développées à partir des organes provenant de l'endoderme primitif [3,4]. On distingue selon l'embryogenèse, les carcinoïdes dits « foregut », « midgut » et « hindgut ». Ceci correspond à leur localisation dans les tissus dérivant respectivement de l'intestin primitif antérieur, de l'intestin moyen et de l'intestin postérieur.

Les tumeurs carcinoïdes sont des tumeurs rares. Leur prévalence est estimée à 1,5 cas par 100.000 habitants. Dans 90 % des cas, les carcinoïdes sont développés au niveau du tube digestif dans lequel ils représentent 15 % des cancers. Les localisations appendiculaires (40 % des cas), iléales et rectales en sont les plus fréquentes. Les sièges gastriques (30 % des cas) et duodénaux retrouvés chez nos malades sont très rares [5]. En effet, une analyse portant sur 8305 cas de tumeurs carcinoïdes effectuée par Modlin de 1950 à 1991 n'a retrouvé que 169 cas de carcinoïdes de l'appendice mimant une appendicite avec douleur à la fosse iliaque droite ; la localisation intestinale peut être responsable d'un syndrome de Koening ou d'une occlusion proprement dite.

Les tumeurs carcinoïdes gastriques ou duodénales ont une symptomatologie clinique pauvre ou peu spécifique avec au plus des épigastriques. D'ailleurs, nos deux premières patientes porteuses de carcinoïdes de D2 ont toutes présenté des douleurs épigastriques. Les hémorragies digestives qu'aucune de nos malades n'a présentées constituent un mode de révélation rare. Sur 24 cas de carcinoïdes duodénaux recensés par Loebel [7] à travers la littérature, il n'y avait aucune hémorragie digestive comme cela a été le cas chez nos trois malades. Les tumeurs carcinoïdes duodénales s'associent fréquemment à la maladie de Von Recklinghausen (50 % des cas), à un syndrome de Zollinger-Ellison (38 % des cas) ou à une néoplasie endocrinienne multiple (28 % des cas) [8] même si cela n'est pas le cas de nos deux premières patientes. Les tumeurs carcinoïdes gastriques sont également nombreuses sur gastrite atrophique.

Le diagnostic évoqué devant un syndrome carcinoïde ou devant les symptômes digestifs repose sur l'anatomie pathologique à type de prolifération tumorale sous-muqueuse faite de travées ou de tubes glandulaires avec des cellules polygonales à cytoplasme clair [9]. La découverte est

parfois fortuite à l'endoscopie. Le diagnostic biologique repose sur le dosage urinaire de l'acide 5 HIAA. Ce taux, lorsqu'il est normal n'exclut pas le diagnostic comme cela a été constaté chez nos trois patientes. Les dosages plasmatiques de la sérotonine, de la gastrine et du calcium complètent le bilan mais ne sont pas toujours élevés en cas de tumeur carcinoïde. Seule la patiente porteuse de carcinoïde gastrique a présenté des taux élevés de gastrinémie, de sérotoninémie, et même des LDH.

Sur le plan évolutif, le pronostic des tumeurs carcinoïdes du duodénum est bon. Il est même excellent lorsque les tumeurs sont de petites tailles ou de découverte fortuite. Mais 75 % des tumeurs de plus de 2 cm sont métastatiques au moment du diagnostic et ont un pronostic plus sombre [9]. D'ailleurs, l'évolution était favorable chez deux de nos patientes et celle qui présentait de probables métastases hépatiques a été perdue de vue après 2 mois de suivi.

Le traitement des tumeurs carcinoïdes dépend d'abord du siège. Il s'agit d'une appendicectomie lorsque la tumeur mesure moins de 2 cm. Lorsqu'elle dépasse 2 cm, l'ablation du colon droit est préconisée. Le traitement de la tumeur neuroendocrine duodénale peut être chirurgical ou endoscopique. La résection endoscopique est envisagée pour les tumeurs de taille comprise entre 0,5 et 1 cm, ne dépassant pas la sous-muqueuse, sans adénopathie, ni métastase. Elle peut être guidée par l'échoendoscopie [10]. Toutes nos trois malades ont bénéficié d'une exérèse endoscopique. La prise de tumeur carcinoïde gastrique dépend de la présence de facteurs de mauvais pronostic que sont l'invasion vasculaire, les atypies cellulaires, un nombre élevé de mitoses et la taille de la tumeur supérieure à 2 cm. Ces situations justifient une attitude vigoureuse semblable à celle adoptée en cas d'adénocarcinome gastrique [11]. En cas de tumeur carcinoïde métastatique ou au cours d'un syndrome carcinoïde, les analogues de longue durée d'action de la somatostatine sont préconisés. Cette drogue administrée en sous cutané à la dose de 150 microgrammes trois fois par jour a prouvé son efficacité aussi bien sur le syndrome carcinoïde que les dosages de 5 HIAA urinaires [12].

CONCLUSION

Les tumeurs carcinoïdes du tube digestif sont des tumeurs neuroendocrines rares à malignité atténuée malgré leur potentiel métastatique réel. Elles sont caractérisées par leur bon pronostic qui est lié au volume tumoral et à l'existence de métastases. Le traitement de ces tumeurs repose sur l'exérèse, l'endoscopie chirurgicale associée ou non aux analogues ou de la somatostatine.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Hermans JJ, Hermans AL, Risse W. Appendicitis caused by carcinoid tumors. *Radiology*, 1993, 188: 71-72
2. Simon D, Goretzki PE, Bransheid D, Roher JD. Traitement chirurgical des carcinoïdes de l'intestin. *Journ. Chir*, 1992, 129; 10: 445-449

3. Pearse X. The Apud concept and hormone production. Clin Endocrinol Metab. 1980, 9: 211-222
4. Tischler A, Dichter M, Biales. Neuroendocrine neoplasms and their cells of origin. N Engl J Med. 1977; 296: 919-925
5. Godwin JD. Carcinoid tumors. An analysis of 2837 cases. Cancer 1975, 36: 560-569
6. Moldin IM, Sandor A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumors. Cancer 1997, 19: 813-829
7. Loebel AS, Jerez R, Danzig LS. Gastro intestinal bleeding associated with carcinoid tumor of the duodenum. Gastroenterology 1964; 47: 421-423
8. Burke AP, Sobin LH, Federspiel BH, Shekitka KM, Helwig EB. Carcinoid tumors of the duodenum. A clinico-pathological study of 99 cases. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114: 700-704
9. Casanelli JM, Effoh D, Keli E, N'Dri J, Moussa B, Blegole C, N'Guessan HA. Tumeur carcinoïde du duédonum. A propos d'un cas révélé par des hémorragies digestives basses massives. Med Afr Noir; 2004 ; 51 : 520-622
10. Nishimori I, Morita M, Sano O, Kino-Ohsaki J, Kohsaki T, Suenaga K, Yokoyama Y, Onishi S, Sugimoto T, Araki T. Endoscopy-guided endoscopic resection of duodenal carcinoid tumor. Endoscopy 1997; 29: 214-217
11. Catta D. Tumeurs carcinoïdes gastriques. Rev prat 1997; 47: 863-867
12. Kvols LK, Moertel CG, O'Connell MJ, Schutt AJ, Rubin J, Hahn RG. Treatment of the malignant carcinoid syndrome. Evaluation of a long-acting somatostatin analogue. N Engl J Med 1986; 315: 663-666

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des lecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

