



Journal Homepage: -[www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)  
**INTERNATIONAL JOURNAL OF  
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI:10.21474/IJAR01/15974  
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/15974>



### RESEARCH ARTICLE

#### TUMEURS GRELIQUES QUELLES DIVERSITES HISTOLOGIQUE ?

S. Driouiche, A. Mernissi, A. Attar, M. Lahlali, A. Lamine, N. Lahmidani, A. Elmekkoui, M. Elyoussfi, D. Benajah, M.E Labkari, A. Ibrahim and H. Abid  
 Service d'Hépatogastroentérologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 31 October 2022

Final Accepted: 30 November 2022

Published: December 2022

##### Key words:-

Small Intestine, Cancer, Enteroscopy, Lymphoma

#### Abstract

Primary malignant tumors of the small intestine are rare tumors. They represent 1 to 5% of all tumors of the digestive tract. The multiplicity of histological types associated with the rarity of these tumors. The small intestine is considered as a clinically silent area and this results in a delay in diagnosis and therefore a non-optimal treatment and a severe prognosis. The objective of our work is to report the epidemiological, diagnostic characteristics of patients with small bowel tumors as well as their endoscopic and histological aspects collected in the hepatogastroenterology department of the Hassan II University Hospital of Fez.

**Patient and method:** We retrospectively analyzed the clinical records of 8 patients with the diagnosis of small bowel malignancies admitted to our training over a period of 11 years.

**Results:** The average age of our patients was 42 years, The sex ratio M/F was 3, the tumor was revealed by an upper GI hemorrhage in 50% (N: 4); followed by abdominal pain in 37% (N: 3) and koening syndrome in 12% (N: 1). The CT scan showed a parietal thickening in all the cases, of which 1 case showed a mass. Double balloon enteroscopy was performed in 8 patients (100%), the endoscopic aspect revealed an ulcerating process in 75% (N: 6), a tumor of sub-mucosal appearance in 12% (N: 1). An ulcerated jejunal stenosis that could not be crossed in 12% (N: 1). The biopsy by enteroscopy had allowed to make the diagnosis in 100% of the cases (N: 8). The histological examination had objectified: lymphomas in 37% (N: 3), GIST in 25% cases (N: 2), adenocarcinomas in 25% cases (N: 2) and neuroendocrine tumor in 12% (N: 1). The evolution was unfavorable in all our cases with a median survival rate of 10 months.

**Conclusion:** Small bowel tumors are rare but interesting because of their great histological diversity. The diagnosis is difficult because of the non-specific symptomatology, In our study the couple imaging - enteroscopy had allowed to establish the diagnosis in all our cases, with predominance of the anatomopathological aspect of lymphoma in 37% of the cases.

Copy Right, IJAR, 2022.. All rights reserved.

**Corresponding Author:- S. Driouiche**

Address:- Service d'Hépatogastroentérologie, CHU HASSAN II, Fès.

## **Introduction:**

Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle sont des tumeurs rares. Elles représentent 1 à 5% de toutes les tumeurs du tube digestif. La multiplicité des types histologiques associés à la rareté de ces tumeurs.

L'intestin grêle est considéré comme une zone cliniquement silencieuse et il en résulte un retard diagnostique et donc un traitement non optimal et un pronostic sévère. Objectif de notre travail est de rapporter les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques des patients atteints de tumeurs de l'intestin grêle ainsi que leurs aspects endoscopiques et histologiques colligés au sein au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Hassan II de Fès.

## **Patient Et Méthode:**

Nous avons analysé rétrospectivement les dossiers cliniques de 8 patients ayant le diagnostic de tumeurs malignes de l'intestin grêle admis dans notre formation sur une période de 11 ans.

## **Résultats:**

L'âge des patients atteints de tumeur de l'intestin grêle, au moment du diagnostic variait de 21 à 60 ans avec une moyenne de 42 ans. Le sexe ratio H/F était de 3 avec une prédominance masculine.

Dans les antécédents des patients ; nous avons noté que 2 cas (25%) avaient une diarrhée chronique non explorée ,1 cas (12%) avait une maladie de cœliaque et 1 cas (12%) avait une maladie de Biermer . Concernant le mode de déclaration, la tumeur était révélée par des hémorragies digestives hautes dans 50%(N: 4) ; suivie par une douleur abdominale dans 37% (N :3) et un syndrome de koening dans 12%(N:1).

Au bilan biologique de nos patients, on a noté une valeur moyenne d'hémoglobine de 7 g/ dl et absence de syndrome inflammatoire.

Le scanner avait objectivé d'un épaississement pariétal grêlique dans tous les cas avec une masse tissulaire grêliques dans un cas.

Le bilan d'extension a montré des métastases locorégionales dans 6 cas (75 %) et des métastases à distance dans 2 cas(33%).

Entéroscopie double ballonnets étaient réalisées chez 8 patients (100%), l'aspect endoscopique avait révélé d'un processus ulcéro-bourgeonnant dans 75%(N :(6) , une tumeur d'allure sous muqueuse dans 12%( N : 1) .Une sténose jéjunale ulcéré infranchissable dans 12 %(N:1).

La muqueuse jéjunale sous-jacente était crénelée dans 4 cas (50%) ; dont 2 cas (25%), une maladie cœliaque a été diagnostiquée.

La biopsie par l'entéroscopie avait permis de poser le diagnostic dans 100 % des cas (N:8).

Les résultats globaux des examens anatomopathologiques des tumeurs du grêle révèlent une nette prédominance des lymphomes dans 37%( N : 3) dont 2 cas (25%) de maladie coeliaque, GIST dans 25 % cas (N : 2) , adénocarcinomes dans 25% cas (N :2) dont 1 cas (12%) de maladie coeliaque et tumeur neuroendocrine dans 12 %(N :1) .

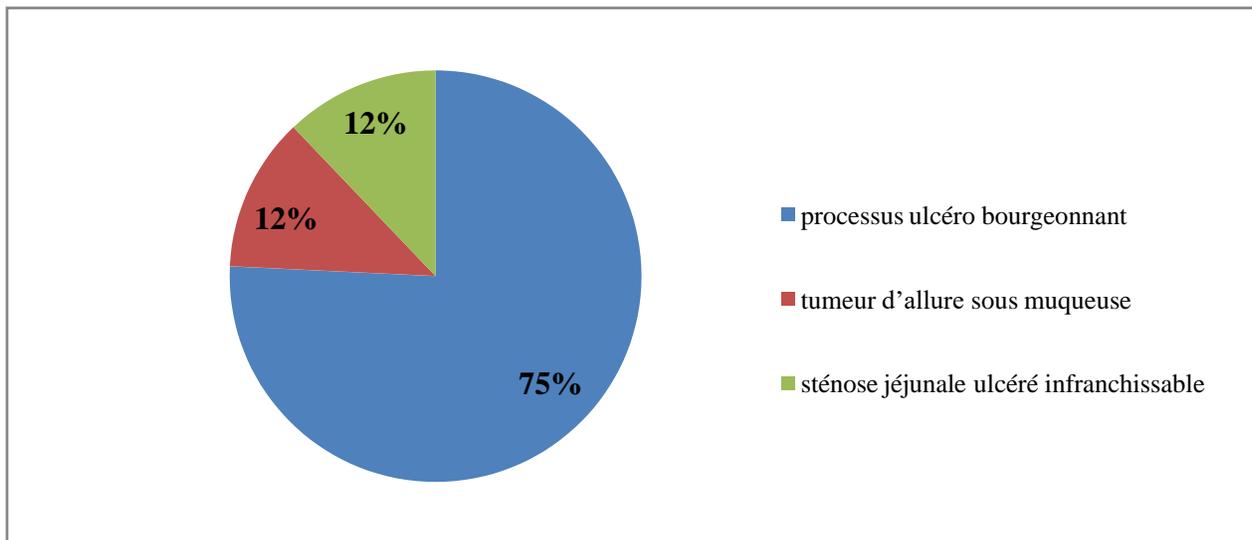
Sur les 8 patients, 5 patients (62%) ont reçu un traitement ; dont 3 patients (37%) ont subi une résection chirurgicale et 2 patients (25%) ont reçu une chimiothérapie , les autres cas sont décédés avant le début de traitement.

L'évolution a été défavorable chez tous nos cas avec un taux de survie médian de 10 mois.

Les résultats de l'étude clinique et paraclinique ont illustrés dans le tableau I.

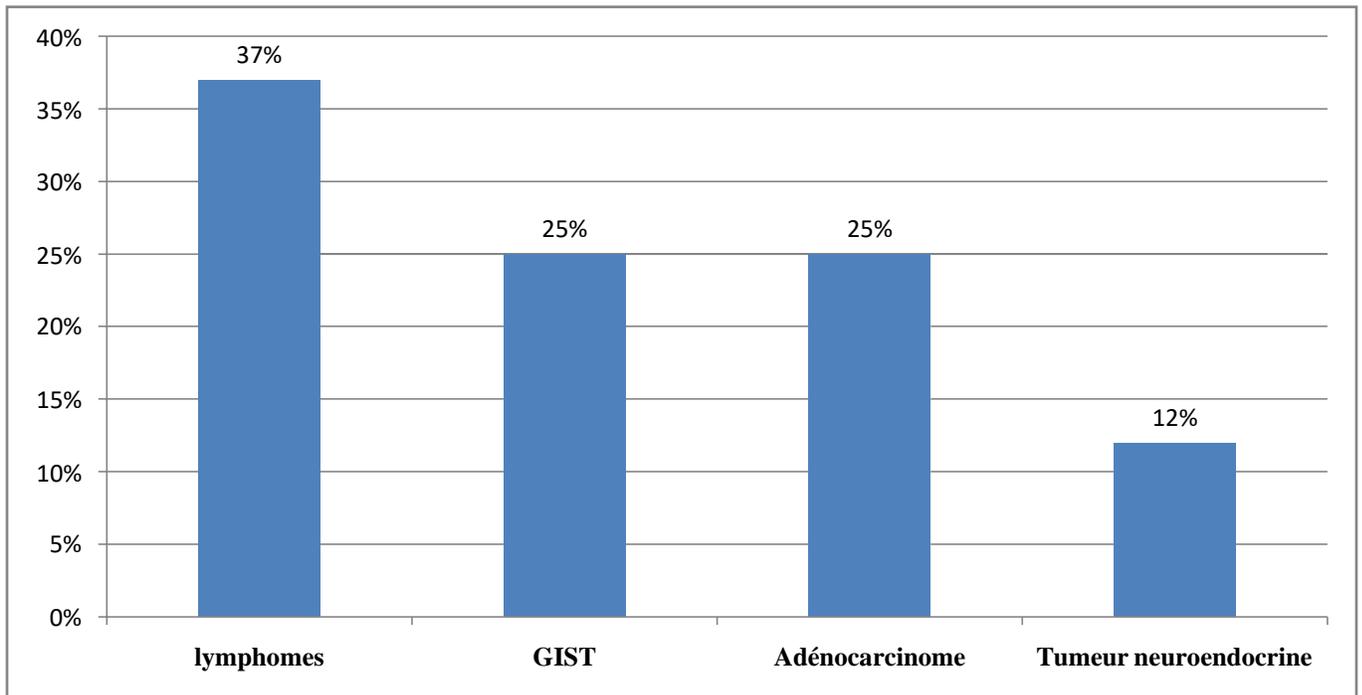
**Tableau I:**Caractéristiques générales des patients.

| Paramètres         | N(%)  |
|--------------------|---|
| Age moyen          | 42 ans (21-60)  |
| sexe ratio H/F     | 3   |
| Antécédents        | - diarrhée chronique N=3 (37%)<br>-maladie caeliaque N =1(12%)<br>- maladie de Biermer N=1 (12%)    |
| Mode de révélation | - hémorragie digestive N=4(50%)<br>-douleurs abdominales N=3(37%)<br>- syndrome de Koenig N=1 (12%) |
| Imagerie           | -épaississement pariétal grêlique N=8 (100 %)<br>-Masse tissulaire N=1 (12%)                        |

**Figure 1:**aspects entéroscopiques des tumeurs grêliques.**Images 1:**Aspect entéroscopique d'un processus ulcero-bourgeonnant sténosant sur muqueuse crénelée.



**Images 2:** Muqueuse crénelée au niveau de l'iléon proximal en faveur de la maladie cœliaque.



**Figure 2:** Types histologiques des tumeurs grêles.

### Discussion:

Les tumeurs malignes de l'intestin grêle sont des tumeurs rares [1-2]. Leur carcinogénèse n'est pas bien claire. Néanmoins, leur incidence est particulièrement faible en raison de la régénération rapide de la muqueuse de l'intestin grêle, la faible densité bactérienne qui produit des métabolites carcinogènes, la rapidité du transit qui réduit le temps de contact de certains agents carcinogènes et le taux élevé de l'hydroxylase benzopyrène qui

neutralise l'effet des carcinogènes ce qui diminue les probabilités de genèse d'un cancer. En outre l'importance du tissu lymphoïde au niveau de l'intestin grêle ainsi que la forte concentration des IgA au niveau iléale protège l'intestin grêle contre les virus et empêche la croissance tumorale [3-4]

Dans notre série, le cancer du grêle apparaît à un âge jeune, 38 ans en moyenne. Mellouki et Al [5] et Abahssain H et al. [6] ont rapporté des résultats similaires avec un âge moyen de 46 ans. Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux rapportés par de nombreux auteurs qui ont trouvé une moyenne d'âge située dans la sixième décennie [7]

L'incidence chez l'homme est considérée comme plus élevée que chez la femme pour la plupart des pays et cela pour tous type histologique [6-8]. Notre série et série Mellouki et al [5] rejoint ces données.

Les tumeurs de l'intestin grêle sont caractérisées par une symptomatologie clinique non spécifique à cause de sa grande distensibilité et de son contenu liquidien, ce qui rend leur diagnostic difficile et la maladie est souvent découverte à un stade avancé [9].

Les symptômes dépendent habituellement du site et de la taille de la tumeur. La plainte la plus fréquente (83%) est représentée par les douleurs abdominales et la perte de poids suivie par l'anémie et hémorragie digestive type méléna [7,10]. Dans notre série, la tumeur était révélée par des hémorragies digestives hautes dans 50% (N: 4) ; suivie par une douleur abdominale dans 37% (N :3) cependant dans la série Mellouki et al, la perte de poids était retrouvée dans 82%, suivie par une douleur abdominales et les mélénas dans 55,5% pour chacun [5]. Le tableau d'occlusion intestinale et/ou de sub-occlusion représente un mode de révélation fréquent cité par la plupart des auteurs. Catena et al. ont rapporté les aspects cliniques des tumeurs grêliques et ils ont montré qu'elles peuvent souvent se manifester par des urgences abdominales telles que l'occlusion intestinale aiguë [11]

Abahssain H et al. rapporte un taux de 37% [6]. Ce taux peut varier de 16-65% selon les études [7], dans la série Mellouki et al [5] il était de 22 % et dans notre série il était de 12 %.

De nouvelles méthodes diagnostiques comme l'entéro-scanner, la vidéo-capsule, ou l'entérocopie permettent actuellement une meilleure exploration des tumeurs de l'intestin grêle. L'entéro-scanner présente une sensibilité de l'ordre de 95% et une spécificité de 96% pour le diagnostic des tumeurs du grêle [12].

Le 2<sup>ème</sup> moyen diagnostique qui est d'actualité récemment est l'entérocopie poussée et l'entérocopie double ballonnets. Selon une étude chinoise, ce moyen, généralement bien toléré, permettait en cas de bilan de saignement digestif inexplicable de mettre en évidence la cause dans 75% des cas et dont 39% des tumeurs de l'intestin grêle [12].

Dans notre série l'entérocopie double ballonnets étaient réalisées chez 8 patients (100%), l'aspect endoscopique avait révélé d'un processus ulcéro- bourgeonnant dans 75%(N :6) , une tumeur d'allure sous muqueuse dans 12%( N :1) . Une sténose jéjunale ulcérée infranchissable dans 12%(N:1).

Dans la série de Mellouki et Al ,elles étaient réalisées chez 8 patients (30%), l'aspect endoscopique avait révélé une lésion ulcérée chez 37,5% (N: 3), ulcérée sténosante chez 37,5% (N: 3) et ulcéro-bourgeonnante sténosante dans 2 cas (25%).

Dans la littérature, de nombreux auteurs rapportent que les adénocarcinomes sont les types histologiques les plus fréquents des cancers de l'intestin grêle suivis par les tumeurs carcinoïdes et les LMNH [13 -8]. Parmi les tumeurs malignes de l'intestin grêle, l'adénocarcinome est la première étiologie en France devant les tumeurs neuroendocrines, les lymphomes ou les tumeurs stromales. Des données récentes montrent que les tumeurs endocrines sont plus fréquentes que les adénocarcinomes aux USA

Cependant dans la série Mellouki et AL [5] révèlent une nette prédominance des tumeurs stromales dans (51%), suivi des adénocarcinomes (18,5%), les LMNH (15%) viennent en 3<sup>ème</sup> position et 1 cas de carcinome neuroendocrine (4%) par contre dans la série de Hatzaras et al [14], les tumeurs carcinoïdes du grêle sont les tumeurs les plus fréquentes suivies par les ADK, Abahssain H et al les LNH sont les tumeurs les plus fréquentes suivies par les ADK [6] et aussi dans notre série les LNH grêliques sont les tumeurs malignes les plus fréquentes par contre GIST viennent en 2<sup>-ème</sup> position

Ces tumeurs siègent avec prédilection au niveau jéjunal quelque soit le type histologique, ce qui rejoint les données de la littérature [8, 12-15].

Dans notre étude sur les 8 patients, 5 patients (62%) ont reçu un traitement ; dont 3 patients (37%) ont subi une résection chirurgicale et 2 patients (25%) ont reçu une chimiothérapie, les autres cas sont décédés avant le début de traitement.

Le pronostic des tumeurs malignes de l'intestin grêle est très sévère. Il est lié à leur symptomatologie non spécifique, au retard diagnostique dû à des difficultés diagnostiques, à la présence d'une extension locorégionale et à distance lors du diagnostic et à la présence de plus de 70% de localisation péritonéale ou à distance au moment de la chirurgie [16,17].

Dans notre étude, une extension locorégionale a été observée dans 6 cas (75%) et une extension à distance dans 2 cas (33%).

Dans la série de Howe et al la médiane de survie des patients avec une tumeur duodénale, jéjunale et iléale était respectivement de 16,9, 28 et 31 mois [18]. Dans notre série la médiane de survie de nos patients était de 10 mois.

Selon l'étude de Han SL et al, le siège tumoral initial, le stade tumoral et le type histologique n'influence pas la survie [19]. Ito et al ont rapporté que le taux de survie à 5 ans des patients avec un T1/T2 et T3/T4 est de 82% et 58% respectivement ( $p < 0.05$ ) [29]. Cependant Bakaeen et al ont trouvé que le stade T ne peut pas prédire la survie des patients atteints de tumeurs malignes du grêle [20].

### **Conclusion:**

Les tumeurs de l'intestin grêle sont rares mais intéressantes par leur grande diversité histologique.

Le diagnostic est difficile à cause de la symptomatologie non spécifique,

Dans notre étude la combinaison de l'imagerie et de l'entéroscopie a permis de poser le diagnostic dans tous nos cas, avec prédominance de l'aspect anatomopathologique de lymphome dans 37% des cas.

### **Référence:**

1. Martin RG. Malignant tumors of the small intestine. *Surg Clin North Am.* 1986;66:779–785. [PubMed] [Google Scholar]
2. Bauer RL, Palmer ML, Bauer AM, Nava HR, Douglass HO. Adenocarcinoma of the small intestine: 21-year review of diagnosis, treatment, and prognosis. *Ann Surg Oncol.* 1994;1:183–188. [PubMed] [Google Scholar]
3. Lowenfels AB. Why are small-bowel tumors so rare? *Lancet.* 1973;1:24–26. [PubMed] [Google Scholar]
4. Wattenberg LW. Studies of polycyclic hydrocarbon hydroxylases of the intestine possibly related to cancer: effect of diet on benzpyrene hydroxylase activity. *Cancer.* 1971;28:99–102. [PubMed] [Google Scholar]
5. Mellouki I et al, tumeurs grêliques à propos 27 cas. *Pan Afr Med J.* 2018; 30: 13. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
6. Abahssain H, et al. Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle: aspects cliniques et thérapeutiques de 27 cas. *African Medical Journal.* 2011;8:18. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
7. Revital Kariv, et al. Malignant tumors of the small intestine, New Insights into a Rare Disease. *IMAJ.* 2003;5:188–192. [PubMed] [Google Scholar]
8. Sai Yi Pan, Howard Morrison. Epidemiology of cancer of the small intestine. *World J Gastrointest Oncol.* 2011 Mar 15;3(3):33–42. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
9. Herbsman H, Wetstein L, Rosen Y, Orces H, Alfonso AE, Iyer SK. et al. Tumors of the small intestine. *Curr Probl Surg.* 1980;17(3):121–182. [PubMed] [Google Scholar]
10. Gallo SH, Sagatelian MA. Benign schwannoma of the small intestine: an unusual cause of gastrointestinal bleeding. *J Ky Med Assoc.* 1995 Jul;93(7):291–4. [PubMed] [Google Scholar]
11. Catena F, Ansaloni L, Gazzotti F, Gagliardi S, Di Saverio S, De Cataldis A. et al. Small bowel tumors in emergency surgery: specificity of clinical presentation. *ANZ J Surg.* 2005;75:997–999. [PubMed] [Google Scholar]
12. Aparicio T, et al. Adenocarcinome de l'intestin grêle. *EMC.* 2010;34(6-7):371–379. [PubMed] [Google Scholar].

13. RaharisoloVololonantenaina CR, et al. A rare cancer: cancers of the small intestine - 25 cases diagnosed at the Institut Pasteur de Madagascar from 1992 to 2001. Arch Inst Pasteur Madagascar. 2003;69:1–2. 82–6. [PubMed] [Google Scholar].
14. Hatzaras I, Palesty JA, Abir F, Sullivan P, Kozol RA, Dudrick SJ, Longo WE. Small-bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the connecticut tumor registry. Arch Surg. 2007;235;142:229. [PubMed] [Google Scholar]
15. Toole DO. Les tumeurs endocrines de l'estomac, de l'intestin grêle, du colon et du rectum. Gastroenterol Clin Biol. 2006 Feb;30(2):276–91. [PubMed] [Google Scholar].
16. Ciccarelli O, Welch JP, Kent GG. Tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle : l'expérience de l'hôpital de Hartford, 1969-1983. Suis J Surg. 1987; 153 :350–354. [ PubMed ] [ Google Scholar ].
17. Kim CH, Kye BH, Lee JI, Kim SH, Kim HJ, Kang WK, Oh ST. Caractéristiques clinicopathologiques des tumeurs jéjuno-iléales primitives. J Coréen Soc Coloproctologie. 2010 ; 26 (5):334–338. [ Article PMC gratuit ] [ PubMed ] [ Google Scholar ].
18. Howe JR, Karnell LH, Menck HR, Scott-Conner C. Commission sur le cancer de l'American College of Surgeons et American Cancer Society Adénocarcinome de l'intestin grêle : examen de la base de données nationale sur le cancer, 1985-1995. Un cancer. 1999 ; 86 :2693–2706. [ PubMed ] [ Google Scholar ].
19. Han SL, Cheng J, Zhou HZ, Guo SC, Jia ZR, Wang PF. Tumeur maligne primitive de l'intestin grêle traitée chirurgicalement : une analyse clinique. Monde J Gastroenterol. 2010 ; 16 (12):1527–1532. [ Article PMC gratuit ] [ PubMed ] [ Google Scholar ].
20. Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, Thompson GB, Farnell MB, Nagorney DM, Farley DR, van Heerden JA, Wiersema LM, Schleck CD, Donohue JH. Quels facteurs pronostiques sont importants dans l'adénocarcinome duodéal ?. Arche Surg. 2000 ; 135 :635–641. discussion 641-642. [ PubMed ] [ Google Scholar ].