

Année 1981

n° 20

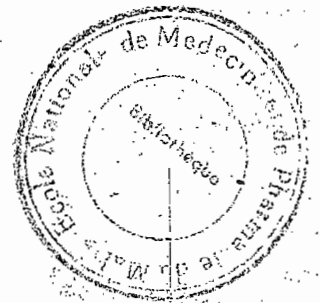
# Resultat precoce de la chirurgie du cancer de l'estomac. (A propos de 50 cas)

# THESE

n° 248

Présentée et soutenue publiquement le 1982  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par Oumar SEMEGA  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)



## Examineurs:

PRESIDENT : Professeur Ag. André GOUAZE

Professeur Ag. Bernard DUFLO

MEMBRES Professeur Ag. Aly GUINDO

Professeur Ag. K. KOUVIARE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

-----  
ANNE ACADEMIQUE 1980-1981  
-----

Directeur Général	: Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	: Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	: Monsieur Sory COULIBALY
Econome	: Monsieur Dioncounda SISSOKO
Conseiller Technique	: Professeur Agr. Philippe RANQUE

-----  
PROFESSEURS MISSIONNAIRES  
-----

Professeur Sadio SYLLA	: Anatomie
- Francis MIRANDA	: Biochimie
- Michel QUILICI	: Immunologie
- Humbert GIONO-BARBER	: Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELIN	: Biochimie
- Jean-Paul MARTINEAUD	: Physiologie
- Michel POUSSET	: Matière médicale
Docteur Bernard LANDRIEU	: Biochimie
- Gérard TOURAME	: Psychiâtrie
- Jean DELMONT	: Santé publique
- Boubacar CISSE	: Toxicologie-Hydrologie
Madame Paula GIONO-BARBER	: Anatomie-Physiologie Humaines
- Thérèse FARES	: Anatomie-Physiologie Humaines

\*

\*

\*

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur	: Aliou BA	Ophthalmologie
-	: Bocar SALL	Anatomie-Orthopédie-Traumatologie Secourisme
-	: Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
-	: Mohamed TOURE	Pédiatrie
-	: Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiologie
-	: Mamadou KOUMARE	Pharmacologie-Matière médicale
-	: Mamadou Lamine TRAORE	Obstétrique-Médecine Légale
-	: Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
-	: Abdoulaye AG-RHALY	Médecine Interne
-	: Sidi yaya SIMAGA	Santé Publique
-	: Siné BAYO	Histologie-Embryologie-Anatomie Pathologique
-	: Abdel Karim KOUMARE	Anatomie-Chirurgie générale
-	: Bréhima KOUMARE	Bactériologie
-	Mamadou Kouréissé TOURE	CARDIOLOGIE
-	: Philippe RANQUE	Parasitologie
-	: Bernard DUFLO	Pathologie médicale Thérapeutique Physiologie Hématologie
-	: Robert COLOMAR	Gynécologie-Obstétrique
-	: Dumar COULIBALY	Chimie Organique
-	: Adama SISSOKO	Zoologie
-	: Bouba DIARRA	Microbiologie
-	: Salikou SANOGO	Physique
-	: Niamanto DIARRA	Mathématiques

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	: Abderhamane Sidèye MAIGA	parasitologie
-	: Sory KEITA	Microbiologie
-	: Yaya FOFANA	Microbiologie-Hématologie
-	: Sory Ibrahima KABA	Santé Publique
-	: Moctar DIOP	Séniologie chirurgicale



ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE (Suite)

Docteur	: Balla COULIBALY	Pédiatrie
-	: Bénitiéni FOFANA	Obstétrique
-	: Boubacar CISSE	Dermatologie
-	: Souleymane DIA	Pharmacie CHIMIQUE
-	: Yacouba COULIBALY	Stomatologie
-	: Sanoussi KONATE	Santé PUBLIQUE
-	: Issa TRAORE	Radiologie
-	: Mme SY (Sssitan) SOW	Gynécologie.

CHARGES DE COURS

Docteur	: Gérard GAUCHOT	Microbiologie
-	: Gérard TRUSHEL	Anatomie-Sémiologie chirurgicale
-	: Boukassoum HAIDARA	Galénique-Diététique
-	: Philippe JONCHERES	Urologie
-	: Hamady Modi DIALLO	Chimie Analytique
-	: Aliou KEITA	Galénique
-	: Saïbou MAIGA	Galénique

Monsieur : Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu

Docteur Abdoulaye DIALLO : Gestion-Législation

Professeur N'Holo DIARRA : Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale

- Souleymane TRAORE: Physiologie générale.



J E D E D I E C E T T E T H E S E

A MON PERE EL HADJI DJIBRIL SEMEGA

Que ce modeste travail de ton enfant prodigue,  
soit pour toi un prélude de joie , un gage  
d'espérances.

Amour filial.

A MA TANTE HANATOU SEMEGA

Chère Mah,

Que cette oeuvre si . . . . . humble soit-elle  
approuve toutes les peines que tu as tant souffèrè  
pour ton fils adoptif soyeux.

Attachement et tendresse indéfectibles.

A MA MERE MARIAM SACKO

" Qui m'ouvrit les yeux aux prodiges de la terre "

Affection filiale.

A MES FRERES ET SOEURS

Pour dire courage et persévérance.  
Affection fraternelle.

A MES COUSINES ET COUSINS

- Massadio, Baf Sirandou, Bakary, Oumar Checkné  
Fanta, Ramata, Djibril, Seydou, Moussa, Salim etc...

Toute ma profonde reconnaissance.

A TOUTES LES FAMILLES

SEMEGA (Nioro et Bamako )  
SACKO ( Nioro et Bamako)  
DIARRA ( Bamako )

Qui m'ont aidé tout le long de ces études médicale  
Qu'elles trouvent dans ce modeste travail  
l'expression de ma profonde gratitude.

...../.....

AU MAJOR CISSE,  
A NENE et sa PETITE FILLE  
A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE GASTRO-ENTEROLOGIE  
HOPITAL GABRIEL TOURE

Mes très vis remerciements.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CHIRURGIE "B" POINT-"G"

Mes remerciements.

A MONSIEUR LASSANA TRAGRE, SECRETAIRE DE DIRECTION  
à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Vous avez accepté volontiers d'assurer la  
dactylographie de notre thèse avec abnégation.

Trouvez ici, l'expression de notre profonde  
reconnaissance.

A MES AMIS ET AMIES :

Djibril, David, Diarikou, Tidiani, Adama, Alassane  
Madigata, Oumi, Fatim, Amara,

A LA MEMOIRE DE JOHNY

En témoignage de notre cordiale amitié.

A MES CAMARADES :

Oulalé, Bouréma, Youssouf, Dramé  
Moutaga, Robert, Namory, Sanguisso

En souvenir de nos années d'Etudes.

...../.....

AU PROFESSEUR BERNARD DUFLO

Tout au long de nos études médicales, nous avons eu le privilège de tirer profit de votre immense culture et votre grande expérience clinique.

Nous avons pu apprécier la richesse de votre enseignement et votre connaissance très étendue de la médecine tropicale. Notre grande admiration.

Une fois de plus, vous nous faites l'honneur de faire partie du jury de notre thèse. Nos vifs remerciements.

Enfin, veuillez agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueux./.

AU PROFESSEUR ALY GUINDO

Auprès de vous nous avons pu apprécier votre bienveillance, vos qualités humaines et surtout votre expérience clinique.

Nous nous garderons d'exprimer ce que nous ressentons pour vous dans une langue que nous parlons mal par peur de trahir nos pensées.

Profonde gratitude et haute estime.



A NOTRE DIRECTEUR DE THESE  
Professeur Abdel Karim KOUHARE

Vous qui nous avez suggéré ce travail et guidé dans sa réalisation jusqu'à la fin.

Nous avons bénéficié de votre immense culture. Au cours de nos Etudes, nous avons eu le privilège d'être parmi vos élèves et nous avons apprécié la richesse de votre enseignement, de votre talent si personnel, de votre grande connaissance en chirurgicale d'une rigueur scientifique.

Maître exigeant au surplus indulgent, notre profonde gratitude et notre haute estime.

AU PROFESSEUR ALIOU BA  
DOYEN DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI

AU CORPS PROFESSORAL DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE

A TOUTE LA DIRECTION DE L'ECOLE DE MEDECINE

Toute notre profonde gratitude.

A TOUS CEUX QUI SE SONT DONNES COMME MISSION  
DE BANNIR OU DE SOULAGER LA MISERE ET LA SOUFFRANCE HUMAINES

INTRODUCTION ET OBJECTIFS DU TRAVAIL

En Afrique et singulièrement au Mali le cancer gastrique devient de nos jours une affection digestive de plus en plus préoccupante tant par sa fréquence que par son pronostic.

Il fut déjà l'objet de deux thèses à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali :

- L'une est une enquête épidémiologique et l'autre une étude anatomo-pathologique .

Aussi il nous a paru nécessaire d'aborder maintenant le problème sur le plan chirurgical en ayant comme objectif :

- L'étude de la mortalité opératoire du cancer de l'estomac dans un pays sous développé sur des malades sous-nutris et dénutris et en absence de toute réanimation post-opératoire adéquate.

- La surveillance après la sortie de l'Hôpital des malades opérés de cancer de l'estomac .

- A la lumière de ces résultats , élaborer les grandes lignes d'une conduite du chirurgien et du réanimateur dans les conditions maliennes devant un cancer gastrique.

Tous les malades ont été recrutés dans le Service de Chirurgie<sup>"B"</sup> du Point-<sup>"C"</sup> dirigé par le Professeur Agrégé A.K. KOUHARE.

La période d'étude va de Novembre 1978 à Octobre 1980 puis d'Août 1981 à Octobre 1981, le Service ayant été fermé de Novembre 1980 à Juillet 1981, soit une période de recrutement d'environ 2 ans ( 27 mois ). Mais la période d'observation va de quelques mois à 3 ans.

Le nombre de malades recrutés s'élève à 50.

R A P P E L

AVANT LES ETUDES AFRICAINES

Le cancer gastrique jusqu'au XVIème siècle était presque méconnu et souvent pris pour d'autres affections gastriques comme l'ulcère

C'est en 1829 que CRUVEILHEIR distingua nettement le cancer de l'ulcère et affirma qu'un ulcère chronique est susceptible de dégénérer.

Depuis, des nombreux travaux furent entrepris tant dans le domaine histologique que chirurgical.

Les aspects anatomopathologiques furent étudiés par HANNOVER qui en 1843 créa le terme épithélioma et par BRETON qui à son tour décrivit la limite néo-plasique.

En chirurgie, le 9 Avril 1879 PEAN pratiqua en France pour la première fois la gastrectomie pour cancer, avec anastomose gastro-duodénale qui jusqu'à nos jours porte son nom. Puis ce fut le tour de RYDYGGER en 1880, et BILROTH 1881 qui fut le premier à obtenir la première guérison.

Après KROLEIN, DOYEN, KOCHER, améliorèrent à leur tour la technique.

Enfin par la suite BILROTH et POLYA étudièrent le rétablissement de la continuité.

LES ETUDES AFRICAINES

En 1961 CAMAIN et SERAFINO (25) signalent que sur 4 408 cas de cancer diagnostiqués de 1950 à 1960, en Afrique Occidentale française 111 cas (2,5%) étaient des cancers gastriques.

SERAFINO et MENYE (163) n'ont pratiqué que 24 excrèses gastriques pour cancer de l'estomac de 1958 à 1961 à Dakar.

En 1971, SIMAGA et Collaborateurs (166) ont enregistré 73 cancers de l'estomac traités à l'Institut de Cancer de Dakar. A la même année CHARAL et Collaborateurs (28) ont suivi également 38 cancers gastriques pendant 5 ans à la Clinique Chirurgicale de la Faculté.

Le même auteur cite que le Professeur ANGATE a opéré 24 cas de cancer gastrique en 1971 à l'Hôpital de Treichville à Abidjan. De 1971 à 1976 inclus 53 cas de cancers gastriques ont été dûment diagnostiqués et traités sur 180 cas de cancers digestifs, par DIOUF & Collaborateurs (47). En 1977 à Dakar POKOSI (144) a observé dans sa thèse, 144 cas de cancers gastriques, dans les Services Chirurgicaux de l'Hôpital de Dantec en l'espace de 16 années

LES TRAVAUX MALIENS

En 1977 à Bamako Daou F. ( 45 ) dans sa thèse a fait une enquête épidémiologique sur 70 malades récoltés dans la capitale en moins de 2 ans .

Enfin, en 1980 Konaté Y ( 84 ) à son tour a fait dans le cadre de sa thèse une étude anatomopathologique portant sur 50 cas.

Ces deux thèses ont été dirigées respectivement par le Professeur DUFLO et le Professeur BAYO.

-----

Nous n'évoquerons que les points qui ont une importance carcinologique ou chirurgicale, notamment la vascularisation.

1. LES ARTERES : Les artères de l'estomac viennent de trois branches du tronc coeliaque, première branche de l'aorte, abdominale très court 2 à 3 cm.

1.1. La "Coronaire Stomachique" gastrique gauche qui se divise en trois branches:

- artère "Oeso-cardiotubérositaire" de "Rio-Branco".
- deux branches terminales qui descendent le long de la petite courbure et s'anastomosent avec les rameaux de "l'artère pylorique" branche de l'hépatique.

1.2. "L'artère hépatique" ou artère hépatique commune donne :

- d'abord l'artère gastro-duodénale qui donnera la gastro-épiploïque droite. Celle-ci va s'anastomoser avec la gastroépiploïque gauche branche de la "splénique" (liénale.)
- Puis "l'artère pylorique" (artère gastrique droite) qui va s'anastomoser le long de la petite courbure avec "l'artère coronaire stomachique" (gastrique gauche).

1.3. "L'artère Splénique" (artère liénale) fournit à l'estomac les vaisseaux courts.

1.4. Mais le plus souvent le tronc coeliaque éclate seulement en deux branches : l'hépatique et la "splénique" (liénale) . La "coronaire stomachique" ou gastrique gauche devient alors une branche de "l'artère splénique" (artère liénale) . Toutes ces artères anastomosées entre elles forment deux arcades qui longent :

- l'une , la petite courbure (cercle artériel de la petite courbure)
- l'autre, la grande courbure de l'estomac (cercle artériel de la grande courbure) .

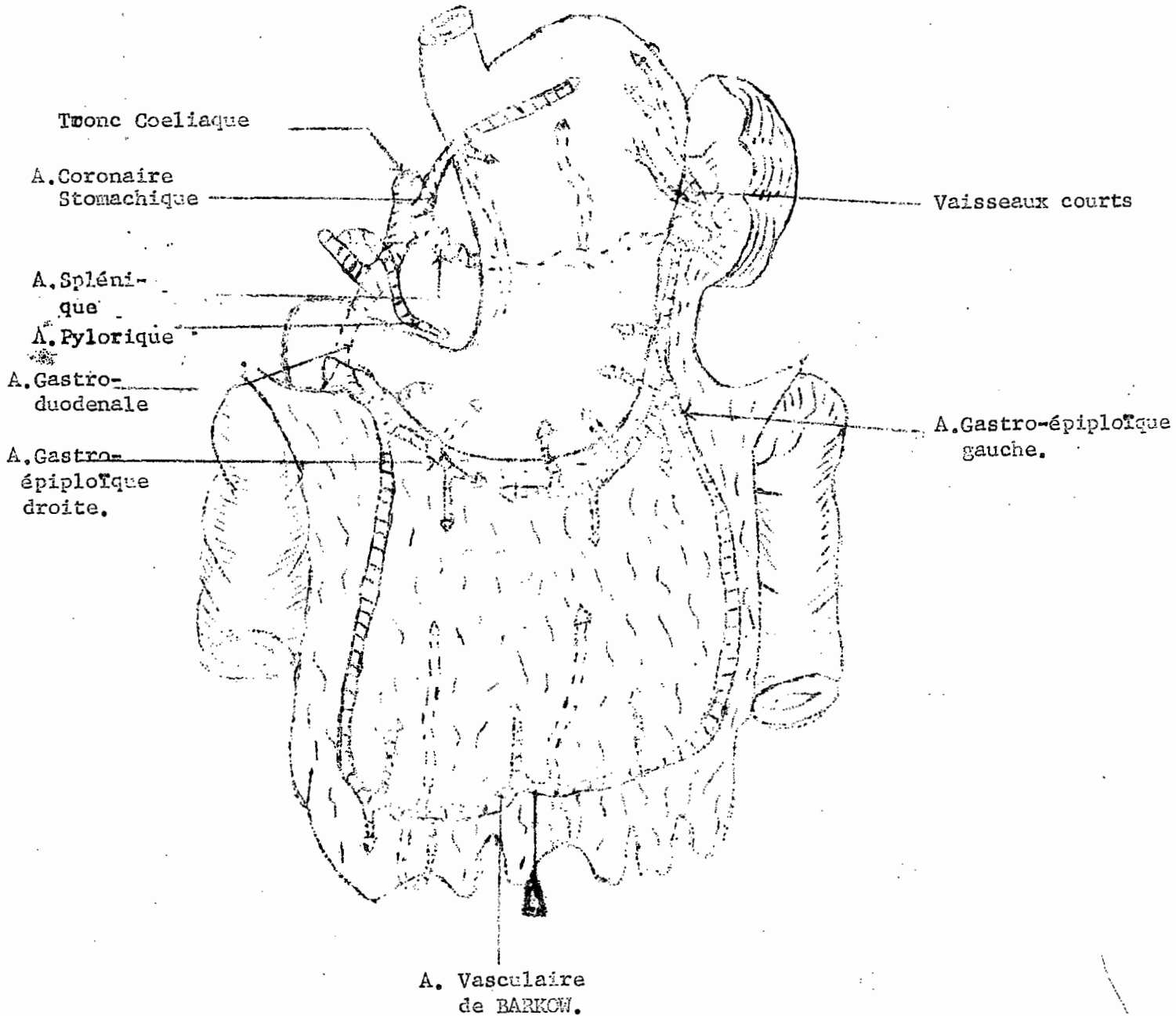


De ces arcades, naissent à angle droit de nombreuses branches 7.- qui se rendent aux deux faces de l'organe.

La partie supérieure du corps de l'estomac et la grosse tubérosité sont irriguées par les vaisseaux courts de "l'artère splénique" (liénale) par les artères cardio-oesophagiennes et tubérositaires, branches de la " coronaire stomachique" ( ou gastrique gauche ) et de la " splénique" (liénale).

## 2. LES VEINES

Les veines sont satellites des artères et se rendent à la veine porte.



### 3. LES LYMPHATIQUES ( 178 )

Les lymphatiques nés du réseau sous-péritonéal, forment des troncs efférents aboutissant à des "ganglions" (nodule) dont la topographie est de la plus haute importance au point de vue chirurgical, en particulier dans la thérapeutique du cancer.

Les troncs collecteurs se distinguent en trois groupes. Les collecteurs dessinent sous le péritoine des troncules qui forment des traînées blanches permanentes lorsqu'il existe un néoplasme étendu.

#### 3.1. Les collecteurs :

##### 3.1.1. Collecteurs de la petite courbure :

Les troncs et les troncules sont au nombre de 8 à 10. Ils convergent vers la petite courbure et là se jettent dans " la chaîne coronaire stomacique de Cunéo et Delamare" (nodule lymphatique gastrique gauche). Ces ganglions se répartissent en trois groupes :

- Un premier groupe de 1 à 4 appliqué, le long de " l'artère coronaire" (artère gastrique gauche) durant son parcours, sous le péritoine, à l'intérieur de la faux de la coronaire.

- Un deuxième groupe comprennent 4 ou 5 ganglions, siège au voisinage du Cardia.

Ce sont les ganglions gastriques supérieurs dont les ganglions précardi-  
diaques (face antérieure) et les ganglions rétrocardiaques (face postérieure)

- Troisième groupe s'échelonne le long de la portion descendante de la coronaire depuis les ganglions de la petite courbure proprement dit.

Les ganglions de la région du cardia sont également tributaire du tiers inférieur de l'oesophage. Des envahissements néoplasiques peuvent s'y développer au cours du cancer de cet organe.

Au niveau du pylore il y a " les ganglions sus pyloriques" (nodules lymphatiques pyloriques) qui drainent la partie inférieure de l'estomac surtout en cas de cancer de la petite courbe de l'antra.

3.1.2. Collecteurs de la grande Courbure : Sont nombreux 15 à 20 mais plus grêles, se jettent dans " la chaîne gastro-épiploïque droite ( de Cunéo et Délamare)" formant deux groupes :

- " Les ganglions sous-pyloriques" (nœdules lymphatiques pyloriques) 4 à 6 sont situés au-dessous de la portion pylorique dans l'épaisseur du grand épiploon.

- "Les ganglions rétro-pyloriques" (nodules lymphatiques pyloriques ) au nombre de 2 ou 3 placés à la face postérieure du pylore et de la tête du pancréas.

Ce dernier groupe se continue en haut avec la chaîne ganglionnaire qui accompagne l'artère hépatique commune jusqu'au hile du foie. On conçoit la propagation par cette voie des affections néoplasiques au tissu hépatique, propagation qui est particulièrement fréquente dans les cancers prépyloriques.

Les ganglions de la grande courbure reçoivent également des vaisseaux lymphatiques du grand épiploon. L'envahissement de ces vaisseaux peut se faire par voie rétrograde. Aussi a-t-on conseillé l'ablation systématique du grand épiploon au cours des gastrectomies pour cancer.

La situation des ganglions rétro-pyloriques explique encore facilement comment ils peuvent jouer un rôle dans l'adhérence des néoplasmes de l'estomac avec le pancréas et les vaisseaux hépatiques. Mais leur ablation peut exposer à une blessure du pancréas ou du pédicule hépatique.

3.1.3. Collecteurs de la grosse tubérosité : Sont au nombre de 4 à 6 en général moins importants au point de vue chirurgical. Ils naissent sur les deux faces de la grosse tubérosité, gagnent " l'épiploon pancréatico-splénique" (pancréatico-liéal) et se terminent dans " les ganglions pancréatico-spléniques" (nodule lymphatique pancréatico liéal). On peut rencontrer un ou deux ganglions au niveau de la grosse tubérosité.

Le drainage lymphatique de la région cardio tubérositaire explique la nécessité de la splénectomie voire la spléno-pancréatectomie caudale systématique dans les cancers de cette région défendue par certains.

### 3.2. Territoires lymphatiques :

3.2.1. Territoire de la grande courbure : est représentée par la zone qui surmonte la grande courbure: La partie verticale de l'estomac en dehors du territoire de la coronaire stomachique et jusqu'à la partie moyenne de la grande courbure .

3.2.2. Territoire de la grosse tubérosité : comprend : - la face antérieure et postérieure de la grosse tubérosité.

Donc pour les cancers de l'antre on ne doit respecter que ce territoire si on veut tant soit peu faire une intervention à visée carcinologique.

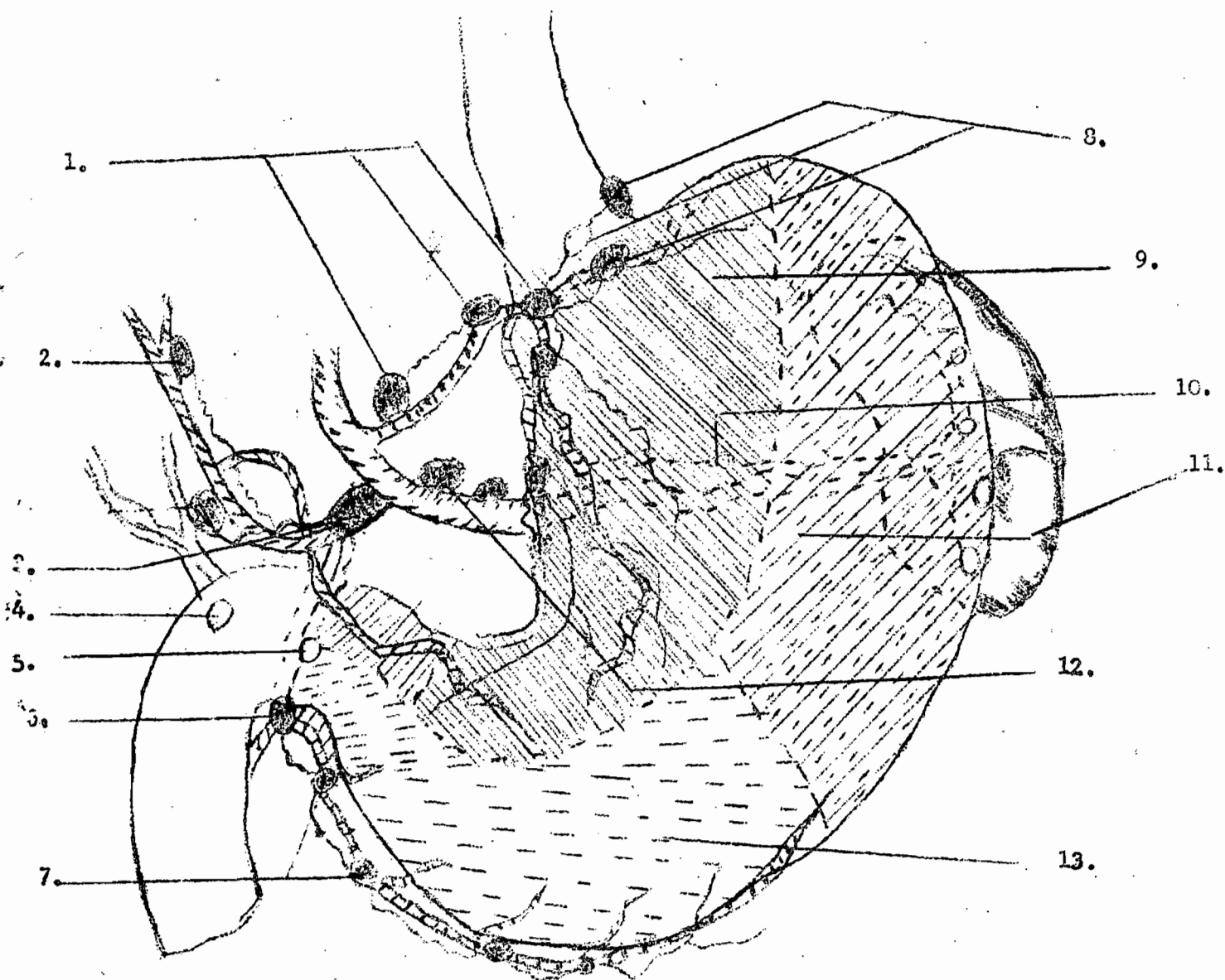
3.2.3. Territoire de la petite courbure : est délimité, sur l'une et l'autre face de l'estomac par une ligne courbe parallèle de la petite courbure, mais qui se rapproche beaucoup plus de la grande que de la petite.

Il comprend : - les deux tiers internes de la portion verticale - le segment adjacent de la portion horizontale.

Ceci explique qu'un cancer de l'angle de la petite courbure doit être traité par une excrèse remontant assez haut sur la petite courbure.

De ces trois territoires, le dernier est le plus étendu et le plus important comme le fait remarquer CUNEO, le territoire de la petite courbure, constitue la voie lymphatique principale, les collecteurs des deux autres territoires ne représentent qu'à des voies accessoires. Donc pour tout cancer de l'estomac il faut entièrement enlever les lymphatiques de la petite courbure d'où l'intérêt de la ligature de " l'artère coronaire stomachique" (gastrique gauche) à son origine .

3.2.4. Relations anastomiques : De ces divers territoires les lymphatiques de chacun d'eux entrent toujours en relations anastomiques avec les lymphatiques du territoire ou des territoires voisins. Donc ces territoires ne sont jamais indépendants. Ce qui a poussé certains auteurs comme LORTAT JACOB ( 96 ) à proposer une gastrectomie totale systématique de principe devant le cancer de l'estomac chirurgicalement curable en 1975.



LYMPHATIQUES DE L'ESTOMAC ET CHAINES GANGLIONNAIRES SATELLITES DES BRANCHES  
DU TRONC COELIAQUE D'APRES ROUVIERE ( 154 )

1 = Chaine coronaire. - 2, 3 = Chaine hépatique. - 4 = Ganglion rétro-duodéal, pancréatique supérieur. 5 = Ganglion rétro-pylorique. - 6 = Ganglion sous-pylorique. 7 = Ganglions gastro-épiploïques droits. 8 = Ganglions juxta-cardiaques. - 9 = Territoire coronaire. 10, 12 Chaine Splénique. 11 = Territoire Splénique. - 13 = Territoire gastrique (zone inférieure ou gastro-épiploïque). Au dessus de cette zone, territoire hépatique et coronaire (en hachures plus foncées) .

N O S   O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION n°1.-

78/12. DIALLO B.... 57 ans, sexe masculin, peulh , Gardien réside à Bamako  
Adressé par le Professeur DUFLO pour néo de l'estomac le 20-11-1978

Histoire

Le début remonte à 4 mois marqué par :

- des épigastralgies sans rythme particulier
- des douleurs paraombilicales bilatérales parfois calmées par les repas.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena

Traitement préopératoire : aucun

Signes généraux : maigre mais présente un bon état général.

Signes physiques : douleurs épigastriques nettes . Par ailleurs R A S (pas de métastase décelable cliniquement et pas de masse épigastrique palpable )

Signes paracliniques :

T.G.D. : Compte rendu : R A S pour le Radiologue.

En fait, il existe une tumefaction de toute la portion verticale de la petite courbure jusqu'au cardia.

Fibroscopie : Néo de la petite courbure allant jusqu'au cardia.

Histologie post-endoscopique :

Compte rendu histologique : muqueuse gastrique ulcérée intensément infiltrée par des éléments inflammatoires . Sur certains champs on note une prolifération carcinomateuse parfois d'allure papillaire. Conclusion: Carcinome gastrique peu différencié.

Compte rendu opératoire : abstention à cause:

- des problèmes d'anesthésie ( pas de médecin anesthésiste )
- des problèmes de réanimation (absence de produit de réanimation

Résumé :

- homme de 57 ans en bon état général
- cancer gastrique allant de l'antre au cardia nécessitant l gastrect.tota
- abstention à cause des problèmes d'anesthésie et de réanimation

OBSERVATION n°2.

78/?. COULIBALY N... 45 ans, sexe féminin, ménagère , bambara, résidant à Kati

Consulte Docteur KOUARE le 6/12 /1978 pour vomissements réguliers

## Histoire :

Le début remonte à un mois marqué par :

- des vomissements irréguliers
- la malade déclare ne pas avoir de douleurs avant le début des vomissements.

A son arrivée elle présente de signes de vomissements réguliers alimentaires avec des douleurs épigastriques .

La Fibroscopie montre un néo de l'antre sténosant . Pas de biopsie.

Traitement préopératoire : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool

Signes généraux : Bon état général, amaigrissement subjectif

Signes physiques :

T.R. : nodule dans le Douglas semblants suspects.

Signes paracliniques : R A S

Histologie postendoscopique : non fait

Compte rendu opératoire : 12-12-1978

Diagnostic préopératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic peropératoire : néo de l'antre

Traitement : gastrectomie des 2/3 . Montage Péan

Exploration: Médiane sus-ombilicale .

Il existe un gros néo de l'antre gastrique mobil faisant environ 10 cm. de diamètre avec des métastases le long des pédicules hépatiques, dans le Douglas, ascite (500 cc ) malgré l'ascite devant l'état général, on décide de pratiquer une gastrectomie de propreté des 2/3 avec anastomose type Bilroth I.  
Fennature surjet sur plan au lin

Histologie post-opératoire : échantillon perdu.

Suites :

Immédiates : très simples. Cicatrice solide.

Après la sortie :

1ère Consultation : 17-1-1979 . T.R. : nodule dans le Douglas

Décédée en Juillet 1980 au village

Résumé :

- Femme de 45 ans en bon état général
- cancer de l'antre avec métastases multiples
- gastrectomie des 2/3 de propreté
- suites très simples
- décédée à domicile 17 mois après l'intervention.



OBSERVATION n°3.

79/78 HAIDARA I... 58 ans, sexe masculin, Chérif, commerçant, réside à Banak

Adressé par Docteur GUINDO pour ulcère de la petite courbure le 20/12/1978

Histoire de la maladie :

Le début remonte à quelques mois marqué par :

- des brûlures épigastriques atypiques

Depuis un mois (19-11-78) hématomèse de moyenne abondance et méloena .

Traitement : Tagamet et gastramine pendant un mois

Habitude de vie : Ne consomme pas d'alcool, ne fume pas.

Signes généraux : amaigrissement de 20 Kg. en 12 mois. Poids actuel : 55 Kg.  
Paleur, bon état général.

Signes physiques : R A S (pas de masse abdominale palpable ni de Troisier)

Signes paracliniques :

Fibroscopie :

n° 3674 : ulcère du duodenum hémorragique

n° 3788 : ulcère petite courbure à bords anfractueux suspect (biopsies)

T.G.D. : non fait

Histologie post-endoscopique : non retrouvée .

Compte-rendu opératoire : 25-1-79

Diagnostic préopératoire : ulcère suspect

Diagnostic per-opératoire : néo de l'estomac

Traitement : gastrectomie de 2/3 de propreté

Exploration : Médiane sus ombilicale

Il existe un néo de la petite courbure de 15 cm. de diamètre avec métastases hépatiques droites (1 profond) et gauche (n superficielles)

Intervention

On pratique une gastrectomie de 2/3 de propreté, biopsie des métastases hépatiques gauches superficielles.

Drainage sous-hépatique par un drain caoutchouté.

Fermeture paroi plan par plan.

Histologie post-opératoire : n°129

Compte rendu : 1° prolifération glandulaire bordée par des cellules néoplasiques. Stroma fibreux. 2° Métastase hépatique d'un adénocarcinome .

Banako, le 14 Février 1979

Suites :

Immédiates : très simples

Après la sortie :

1ère Consultation : Avril 1980 consulte le Pr. GUINDO pour une masse épigastrique devenant insupportable (métastase hépatique) .  
Traitement médical sans succès.

2ème consultation . Après quelques mois : il est adressé au Pr. SAUB à Reims qui a institué une poly-chimiothérapie à base de 5 F U, adriamycine, méticyne qui a réduit la masse hépatique en 36 jours.

3ème consultation : Avril 1981 : au bout de 10 mois revient à consulter le Prof. GUINDO pour reprise de la tumeur hépatique : hépatomégalie énorme, multinodulaires de 10 cm. de long sur la ligne mamelonnaire. Altération de l'état général, paleur, poids=55 Kg. T A=11/8. Puls=80. Le même traitement a été institué, mais sans grand effet.

4ème Consultation : le 28-7-1981 convoqué par nous

- Poids : 52 Kg. amaigrissement, Paleur, mauvais état général
- Métastase épigastrique énorme de 11 cm./17 cm.
- G.R. : 2 800 000/mm<sup>3</sup> VS : 115 mm/(1ère heure) (120 mm(2ème heure))
- Radiographie pulmonaire : Image en lacher de ballon dans les 2 champs pulmonaires.

Décédé le 28-8-1981 à domicile dans un tableau de cachexie.

Résumé :

- Homme de 58 ans en bon état général
- Présentant un cancer de l'estomac avec des multiples métastases hépatiques
- Gastrectomie des 2/3 de propreté . Suites simples
- Chimiothérapie des métastases
- Décédé 1 an et 8 mois après l'opération.

...../.....

OBSERVATION n°4.

79/38. CAMARA D... 55 ans, sexe masculin bambara, mécanicien réside à Bamako  
 Adressé par Dr. GUINDO pour polynitose antrale le 3-1-79

Histoire :

Le début remonte à un an marqué par :  
 - des douleurs épigastriques sans période précise  
 - des ballonnements post-prandiaux.

Depuis 2 mois, des vomissements alimentaires réguliers provoqués surtout par l'ingestion de la viande.  
 Diabétique et hypertendu connu.  
 Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement : antidiabétique et anti-hypertenseur

Habitude de vie : Ne fume pas , ne consomme pas d'alcool

Signes généraux : obèse . Poids maximum 106 Kg. en 1978.  
 Poids actuel 78 Kg. a donc perdu 28 Kg. en 12 mois  
 T.A. : 18/11. Puls: 90 . Taille 1m65

Signes cliniques : Masse épigastrique palpable douloureuse, métastase hépatique probable. Pas de troisièr.  
 T.R. : adénome prostatique

Signes paracliniques :

Fibroscopie du 3-1-79 : Sténose, cancer antral allant au cardia  
 T.G.D. : non fait

Histologie post-endoscopique

1er examen :

Compte rendu : les fragments examinés montrent une muqueuse gastrique infiltrée par des éléments lympho-plasmocytaires avec une note fibreuse en faveur d'un processus cicatriciel absence de lésion néoplasique sur les fragments observés. Conclusion : Processus cicatriciel. Bamako le 13-1-1979.

2ème examen:

Adénocarcinome . Marseille 30-1-1979.

Compte rendu opératoire :

Décédé avant l'opération( en attendant le diagnostic histologique)

Résumé :

- homme de 55 ans diabétique et hypertendu
- cancer gastrique
- décédé avant l'intervention.

OBSERVATION n°5.

79/126. DAGNOGO G... 40 ans, sexe féminin, bambara ménagère, réside  
Bougouni.

Adressée par Dr. B.D. MOREAU pour cancer de l'estomac le 31-10-79

**Histoire :**

Le début remonte à plus d'un an ? marqué par :

- des épigastralgies atypiques permanentes au cours de la grossesse
- vomissements réguliers alimentaires répétés.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

**Traitement :** Aucun

**Habitude de vie :** Ne fume pas ne consomme pas d'alcool

**Signes généraux :** état général un peu altéré T A : 11/7 Pouls=72/min

**Signes physiques :** Tumeur épigastrique de 15 cm. de diamètre  
Pas de ganglion de Troisier palpable.

**Signes paracliniques :**

Fibroscopie n°6280 néo de l'estomac face antérieure de la petite  
courbure angulaire (3 biopsies)

T.G.D. : Cancer antral estomac.

**Histologie post-endoscopique :** perdu en médecine .

**Compte rendu opératoire :**

Diagnostic préopératoire cancer de l'estomac

Diagnostic peropératoire : cancer de l'estomac trop évolué

Traitement : gastro-entérostomie.

**Exploration : Médiane sus-ombilicale :**

Il existe un cancer médiogastrique bourgeonnant ulcéré sur la  
face antérieure près de la petite courbure de 15 cm. de diamètre  
(pamplousse) envahissant toute la racine du mésentère et le  
pancréas, contre indiquant toute exérèse avec métastases dans le  
Douglas et dans le grand épiploon, sans métastases hépatiques  
palpable. Il existe des métastases le long de vaisseaux gastri-  
ques et aortique.

**Intervention :** On pratique donc une gastro-entérostomie trans-mesocoli-  
ques à partir de la lère anse . Cette anastomose est verticale  
sur la partie haute de la face postérieure de l'estomac : 2  
hemi-surjets extramuqueux au lin. Pas de drainage . Fermeture  
paroi plan par plan agrafes sur peau.

**Histologie post-opératoire n°78**

Organes envoyés : 3 cancers gastriques 2 métastases épiploïques

Compte rendu : 1er ganglion présentant au niveau des sinus de cellules  
néoplasiques dont quelques cellules en vague à chaton. 3° Paroi  
gastrique infiltrée d'éléments néoplasiques indépendants .Conclusion:  
carcinome gastrique, métastase ganglionnaire . Bamako 14-2-1980

OBSERVATION n°6.

79/182. DIALLO H.... 58 ans, sexe masculin, cultivateur Peulh, Réside à Fene  
 Consulte Dr. KOUMARE pour vomissements post-prandiaux tardifs.

## Histoire de la maladie :

Le début remonte à 4 mois marqué par :

- des épigastralgies atypiques
- une légère distension abdominale
- Anorexie

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena

Lèpre depuis 30 ans encore évolutive et traitée.

Traitement : anti-lépreux

Habitude de vie : Ne fume pas, ne con somme pas d'alcool

Signes généraux : mauvais état général T.A: 14/8 Pouls =56/mm.

Signes physiques : R A S en dehors de la lèpre

Signes paracliniques :

T.G.D. : non fait

Fibroscopie : n°4310 néo de l'estomac bourgeonnant et infiltrant

Biologie : urée : 0,72 g.% VS60<sub>mm</sub> (1ère heure) 90 mm (2ème heure)  
 groupe et rhésus = B<sup>+</sup>

Histologie post-endoscopique : non faite

Devant l'insuffisance rénale (fonctionnelle ?) on tente d'abord  
 une réhydratation qui ne fait pas baisser l'azotémie, et en plus l'état  
 général continue à s'altérer.

Compte rendu opératoire : abstention chirurgicale . Décédé.

Résumé :

- Homme de 58 ans lépreux en très mauvais état général présentant
- un cancer gastrique
- une insuffisance rénale résistant au traitement médical
- décédé.

..../...

OBSERVATION n°7.

79/203. KANTE M... 78 ans, sexe masculin malinké cultivateur, réside en République du Guinée.

Adressé par Dr. GUINDO pour néo de l'estomac

Histoire

Le début remonte à 6 mois marqué par :

- des douleurs épigastriques atypiques
- des vomissements alimentaires réguliers.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement :

Habitude de vie : Ne fume pas , ne consomme pas d'alcool .

Signes généraux : T A = 11/7 . Très mauvais état général.

Signes physiques :

Tumeur épigastrique palpable , R A S par ailleurs ( foie, Troisième) mais il existe une petite circulation collatérale discrète.

Signes paracliniques :

Fibroscopie : néo de l'estomac . Biopsie non faite.

T.G.D. : non fait .

Biologie : R A S

Histologie post-endoscopique : non faite .

Compte rendu opératoire :

Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac

Traitement : gastrectomie des 3/4 à visée carcinologique.

Exploration : Médiane sus ombilicale.

Il existe un très gros cancer de 10 cm. de diamètre, siégeant sur l'antra infiltrant toute la paroi gastrique, perforé et bouché dans le pancréas, avec de multiples métastases coronaires stomachiques, hépatiques, retro-pylorique gastro-épiploïque droite. R A S par ailleurs.

Intervention : On pratique : Omentectomie , gastrectomie des 3/4 à visée carcinologique section gastrique en zone saine et duodénale en zone saine. Suture gastroduodénale par des points simples extra-muqueux au lin. Drainage sous hépatique par drain de DELBET Fermeture paroi plan par plan

Histologie post-opératoire :

Organe envoyé : prélèvement d'un cancer de l'estomac perforé .

Compte rendu : les prélèvements examinés montrent une prolifération carcinomateuse en nappe dissociée par un stroma très fibreux.

Conclusion: Carcinome gastrique à cellules indépendantes.

Suites:

Immédiates: fistule digestive au 6ème jour, altération de l'état général. Décédé au 10ème jour post-opératoire.

Résumé :

- Homme de 78 ans en très mauvais état général.
- présentant un gros cancer de l'estomac palpable dans la région épigastrique.
- On pratique quand même une gastrectomie des 3/4 à visée carcinologique
- Fistule post-opératoire au 6ème jour.
- Décédé 10ème jour après l'opération.

OBSERVATION n° 8.

79/221. KOYATE N... 52 ans, sexe féminin, malinké, ménagère, réside à Kanga  
Adressée par Pr. DUFLO pour cancer de l'estomac le 14-3-1979.

## Histoire de la maladie;

Le début remonte à 5 mois marqué par :  
des épigastralgies non rythmées par les aliments.

Depuis quelques semaines, des vomissements réguliers, hématomèse  
minime.

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme d'alcool.

Signes généraux : mauvais état général T.A = 15/8 . Pouls = 100

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable pas de Troisie

## Signes paracliniques :

Fibroscopie : néo de l'antre

T.G.D. : non fait

## Histologie post-endoscopique

Compte rendu opératoire : Laparotomie exploratrice .

Mediane sus ombilicale.

Il existe un cancer mediogastrique remontant jusqu'au cardia .

Pas de métastases hépatiques et péritonéales. Le reste de l'ex-  
ploration abdominale est normale.

Une gastrectomie totale s'impose mais compte tenu de l'état générale  
de la malade on y renonce.

Fermeture paroi plan par plan.

Histologie post-opératoire : non faite

Résumé :

- Femme de 52 ans en mauvais état général présentant à la fibroscopie un aspect de cancer de l'antre. A l'intervention on trouve un cancer mediogastrique remontant au cardia.
- Abstention ( compte tenu de l'état général de la malade)

...../.....

OBSERVATION n°9

79/301. DIARRA I.... 40 ans, sexe masculin, bambara cultivateur reside à Koulikoro.

Adressé par Dr. GUINDO pour néo de l'estomac le 4-4-1979

Histoire :

Le début remonte à 12 mois marqué par :

- des épigastralgies atypiques
- des vomissements alimentaires réguliers

Pas de notion d'hématémèse, ni de méloena.

Nature de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool

Signes généraux : Très mauvais état général, paleur

Signes physiques : Tumeur épigastrique allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, dure, irrégulière douloureuse.

Pas de ganglion de Troisier.

Signes paracliniques :

Fibroskopie : Oesophagite peptique, vaste ulcération irrégulière bourgeonnante sur le versant postérieur de la petite courbure faisant une circonférence. Pas de biopsie

T.G.D. : non fait .

Histologie post-endoscopique : Non faite

Compte rendu opératoire : décédé avant l'opération.

Résumé :

- Homme de 40 ans en très mauvais état général
- présentant un cancer de l'estomac trop évolué
- Décédé avant l'opération.



OBSERVATION n°1C.-

79/270. COULIBALY T... 59 ans, sexe masculin, bambara cultivateur,  
réside à Bamako.  
adressé par Dr. B.D. MOREAU pour néo de l'antre le 3-4-1979.

Histoire de la maladie

Le début remonte à 8 mois marqué par :

- des douleurs épigastriques

Depuis 3 mois ces épigastralgies sont devenues vives, exacerbées  
par les repas, soulagées par les vomissements.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux: mauvais état général - pâleur - TA : 11/7

Signes physiques :

- Tumeurs épigastriques palpables
- Pas de ganglion de Troisier palpable

Signes paracliniques

Fibroscopie n°4530 : néo de l'antre remontant sur la petite courbure  
jusqu'à environ 55 cm. des arcades.

T.G.D. : non fait

Biologie : GR = 2 800 000 /mm<sup>3</sup> Hte = 24 % Hb = 6,2g/100 ml.

Histologie post-endoscopique : non faite.

Compte rendu opératoire 24-4-1979

Diagnostic pré-opératoire : cancer estomac

Diagnostic per-opératoire : cancer antre

Traitement : gastrectomie des 2/3 à visée carcinologique avec  
montage type Péan.

Exploration : Médiane sus ombilicale

Il existe une tumeur ulcérée et bourgeonnante au niveau de l'angl  
de la petite courbure, remontant sur la partie verticale de la  
petite et descendant jusqu'au pylore. Le bord inférieur de la  
tumeur est prolabé dans le duodenum. Métastases ganglionnaires le  
long de la connaire stomacique, territoire pancréatique, pas de  
métastase hépatique, ni dans le Douglas.

Intervention :

On pratique une omentectomie subtotale, gastrectomie des 3/4  
à visée carcinologique avec anastomose type Péan par 2 hémisurjets  
, Mise en place d'une sonde gastrique  
intubant l'anastomose.

Fermeture paroi plan par plan sur un drain caoutchouté sous hépatiq

Histologie post-opératoire : perdu en Anapathologie.

## Suites :

Immédiates : simples

Sorti le 12-5-1979 sans traitement

Après la sortie :

1ère Consultation : 1-6-1979 va très bien

2ème Consultation : 11-8-79 va très bien

3ème consultation : 3-10-79 va très bien a pris du poids 10Kg. de pl

4ème Consultation : 6-2-1980 reamaigrissement, apparition masse épigastrique douloureuse de 10 cm. de diamètre mal limitée.

Toux - vomissement au moins une fois par semaine.

Décédé vers Avril 1980.

## Résumé

- Homme de 59 ans en mauvais état général
  - présentant un cancer de l'estomac ulcéré et bourgeonnant
  - gastrectomie des 2/3 de propreté - suites très simples.
  - Au bout de 10 mois réapparition clinique de métastases hépatique avec altération de l'état général.
- Décédé au bout de 1 an après l'opération.

...../.....

OBSERVATION n°11.-

79/238. CAMARA G.... 74 ans, sexe masculin, malinké .

Adressé par Dr. GUINDO pour néo antral le 23-3-1979

## Histoire :

- Le début remonte à 2 mois marqué par
  - des épigastralgies difficiles à préciser
  - des vomissements de temps en temps
- Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.
- Aveugle depuis 1952 ( complication d'Onchocercose )

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : TA = 10/6 Pouls = 90 mauvais état général Poids:50 Kg.

Signes physiques : Tumeur épigastrique palpable, pas de Troisier.

## Signes paracliniques :

Fibroscopie n°4469 : tumeur de l'antra circonférentielle à 60 cm. de l'arcade dentaire( biopsie non faite )

T.G.D. : non fait

Biologie : G.R. 3 400 000 /  $\frac{VS}{mm^3}$  100 mm(1ère heure) 110mm (2ème heure)  
le reste R A S

Histologie post-endoscopique : non faite .

Compte rendu opératoire : 2 - 4 - 1979.

- Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac
- Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac trop évolué.

Traitement : gastrectomie subtotale avec curage ganglionnaire, anastomose type Péan.

Exploration : Médiane sus ombilicale .

Il existe un très gros néo du Fundus remontant très haut vers le cardia avec importantes métastases ganglionnaires le long de la coronaire stomachique et de la pylorique et des adhérences au niveau du pancréas. Pas de métastase hépatique.

Intervention : On est obligé de pratiquer une gastrectomie subtotale avec curage ganglionnaire. Anastomose type Péan. Toilette péritonéale. Fermeture paroi plan par plan. Drainage sous hépatique par un drain caoutchouté.

Histologie post-opératoire n°460

Compte rendu: les fragments examinés montrent une prolifération carcinomateuse réalisant des aspects papillaires et glandulaires.

Bamako le 21 - 4- 1979.

## Suites :

Immédiates : très simples

Sorti le 24-5-1979: va très bien, avec ordonnance .

Après sortie :

- 1ère Consultation 26-6-1979 va très bien sur le plan chirurgical, oedème des membres dû probablement au cortancyl d'où son arrêt
- 2ème Consultation : 11-9-79 va très bien
- 3ème Consultation : 27-7-1981 va très bien . Poids:70 Kg. sans oedème ne se plaint que d'impuissance sexuelle.

...../.....

OBSERVATION n°12.

79/338. KANTAO B... 51 ans, sexe féminin, Somono, vendeuse reside à Bamako.  
Adressée par Dr. GUINDO pour cancer de l'estomac le 18-4-79.

## Histoire de la maladie .

Le début remonte à 10 mois marqué par :

- des épigastralgies survenant vers 16h. et vers 4 heures.

Depuis 2 mois hématurie, sans méloena.

Depuis 1 mois vomissements alimentaires réguliers.

Actuellement : épigastralgies permanentes, fièvre presque tous les jours.

Traitement : non connu

Habitude de vie : Ne fume pas , ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : mauvais état général T A : 12/8 Pouls : 90

Signes physiques : R A S ( pas de masse palpable pas de Troisier ) en dehors d'une circulation collatérale abdominale.

## Signes paracliniques

Fibroscopie n°6457 cancer de l'estomac à 55 cm. circonférentiel (biopsi

T.G.D. : non fait

Scopie : T P N

Biologie : groupe et rhéus; A<sup>+</sup> VS 112- 119 mm. G.B.: 10 000/mm<sup>3</sup>

Histologie post-endoscopique : non reçue.

Compte rendu opératoire : 14-5-1979.

Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : néo du corps gastrique

Traitement : sonde de gastrostomie au niveau de l'antra

Exploration : Mediane sus ombilicale.

Il existe un néo du corps descendant jusqu'au basfond gastrique, respectant l'antra prépylorique envahissant le colon transverse, le mesocolon transverse, le pancréas avec des métastases, hépatique droite, ganglionnaire dans tous les territoires vasculaires adjacents. Tumeur de 15 cm. de diamètre.

Intervention : Compte tenu du stade évolué et de l'état général du sujet on se contente de mettre en place une sonde de gastrostomie selon la technique de Fontan avec une grosse sonde de Petzer  
Biopsies des métastases ganglionnaires pour anapath.

Histologie post-opératoire :

1° Adénocarcinome gastrique relativement bien limité à ce niveau par la musclaris mucosae. 2° Absence de métastase ganglionnaire.

Suites :

Immédiates : simples

Sortie le 21-5-1979 avec sonde de gastrostomie

Après la sortie :

1ère Consultation : 21-6-79

Décédée le 24-6-1979 à domicile.

Résumé :

Femme de 51 ans en très mauvais état général

- présentant un néo de l'estomac très évolué avec des métastases multiples .

- mise en place d'une sonde de gastrostomie

- Décédée 1 mois et 10 jours après intervention.

OBSERVATION n°13.

79/526. KOUMARE S.... 72 ans, sexe masculin forgeron.

Adressé par Pr. DUFLO pour néo de l'antre le 19-5-1979.

## Histoire :

Le début remonte à 40 jours marqué par

- des épigastralgies atypiques
- Pyrosis

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas , ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Très mauvais état général TA :10/7

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable pas de ganglion de Troisier palpable.

## Signes paracliniques :

Fibroscopie du 16-5-1979 : Stenose très serrée bourgeonnante de l'antre infranchissable biopsie non faite.

Scopie : T P N

T G D : non fait

Biologie : azotémie peu élevée

Histologie post-endoscopique : non faite.

Compte rendu opératoire : décédé avant l'opération.

Résumé :

- Homme de 72 ans en mauvais état général
- présentant un cancer de l'estomac cliniquement non évolué accompagné par une insuffisance rénale fonctionnelle? (avec déshydratation )
- Décédé avant l'intervention.

...../.....

OBSERVATION n° 14.

79/562. RAMBA I.... 38 ans, sexe masculin, bambara, mécanicien-chauffeur  
 Consulte le Dr. KOUARE pour épigastralgies le 29-5-1979

**Histoire :**

Le début de la maladie remonte à plus de 1 an marqué par :  
 - des épigastralgies rythmées, de 8h. à 12h. tous les jours,  
 périodiques avec une semaine de crise douloureuse entrecoupée  
 par une accalmie d'un mois.

Depuis décembre 1979 aggravation : douleurs épigastriques après  
 chaque repas .

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement pré-opératoire : En Janvier 1979, Consulte Dr.X qui institue  
 un traitement médical (phosphalugel, gastramine...) pendant 4 mois  
 sans succès.

Habitude de vie : Fume 2 paquets de cigarets par jour.

Signes généraux : Bon état général, Poids maximum 63 Kg. en 1978.  
 Poids actuel 44 Kg. a maigri de 19 Kg. en un an.

Signes physiques : R A S ( Pas de masse palpable, pas de métastase déce-  
 lable cliniquement .

**Signes paracliniques :**

Fibroscopie : Mai 1979. Oesophage R A S , antre très inflammatoire  
 sans bourgeon, ni ulcère

T.G.D. : non fait

Biologie : R A S groupe et rhésus : O<sup>-</sup>

Histologie post-endoscopique : non faite

Compte rendu opératoire le 29-5-1979

Exploration : Médiane sus ombilicale.

Il existe une tumeur bourgeonnante avec adénopathies importantes  
 le long de la gastro-épiploïque droite et gauche, précave, coronaire stoma-  
 chique et pédicule retropancréatique.

Intervention : On fait le curage de tous les ganglions, épiploectomie  
 totale par curage du grand épiploon.

Gastrectomie large des 4/5 avec anastomose type Péan. Drainage sous-  
 hépatique par une lame en caoutchouc. Toilette péritonéale. Agrafes  
 sur la peau. Cette intervention est à visée curative. Sonde gastrique  
 en dessous de l'anastomose.

Histologie post-opératoire :

Organes envoyés : Paroi gastrique et 3 ganglions

Compte rendu : 1° Carcinome colloïde muqueux de l'estomac. 2° ganglion  
 non envahi. 3° ganglion non envahi. 4° ganglion non envahi.

**Suites:**

Immédiates :

le  
 A arraché sa sonde gastrique dès l'endemain, non remise en place.  
 Fistule large le 3ème jour, pendant 1 mois.

Traitement : protinutril, trophysan, serum salé et glucosé, sang.

Sortie le 7-7-1979 avec ordonnance : Cortancyl, périactine totapen.

## Après sortie :

- 1ère Consultation : 1-8-79 : va bien, oedème du visage.
- 2ème Consultation : 3-8-79 : va très bien a pris du poids, sans médicament
- 3ème consultation : 26-4-80: va très bien, mais diarrhée de temps en temps. Reçu bémarsal pendant 2 mois 1/2  
Poids : 60 Kg.
- 4ème Consultation : 5-8-1981 anorexie (mange 2 fois par jour )  
bouffées de chaleur post-prandiales  
dyspnée d'effort.

Résumé :

- Homme de 38 ans avec état général assez bon.
- Cancer gastrique avec métastases ganglionnaires multiples.
- gastrectomie large avec anastomose type Péan . Suites marquées par une fistule qui a regressé avec traitement médical.
- se porte actuellement bien depuis plus de 2 ans après Opération.

...../.....

OBSERVATION n°15.

79/608. BARRY I.... 50 ans, sexe masculin, peulh, Chauffeur  
Adressé par Dr. B.D.MOREAU pour néo de l'estomac 9-6-1979.

## Histoire :

Le début remonte à 2 mois marqué par :

- une pesanteur épigastrique post-prandiale, et des ballonnements
- des vomissements alimentaires soulageant le malade.

Pas de notion de meloena ni d'hématémèse.

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude alimentaire : Non fumeur , non alcoolique.

Signes généraux : mauvais état général TA : 11/7

Signes physiques :

Masse épigastrique douloureuse de 5 cm. de diamètre.

Par ailleurs R A S ( Pas de Troisier, pas de gros foie )

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°5013 Infiltration bourgeonnante de l'antra circonféren-  
cielle se prolongeant vers le haut par des gros plis.

T.G.D.: non fait .

Biologie : groupe et rhésus = O<sup>+</sup> le reste R A S.

Histologie post-endoscopique : pas de biopsie.

Compte rendu opératoire : le 25-6-1979.

Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac.

Traitement : gastrectomie des 2/3 de propreté avec anastomose type  
Péan .

Exploration : Médiante sus-ombilical

Il existe un néo de l'angle de la petite courbure remontant sur  
la portion verticale et atteignant l'antra ( 5 cm/5 cm.). Par ailleurs,  
il existe de multiples métastases ganglionnaires le long des vaisseaux  
de la petite courbure et de la grande courbure ainsi qu'au niveau du  
pancréas, du mésentère et du grêle. Pas de métastase hépatique.

Intervention : On pratique une gastrectomie des 2/3 de propreté avec  
anastomose type Péan par des points extramuqueux simples au lin en  
arrière et surjet en avant. Drainages sous-hépatique.

Fermeture par di plan par plan agrafe sur la peau.

Histologie post-opératoire n°859.

Compte rendu : A) Prolifération adénocarcinomateuse infiltrant profon-  
dément la paroi gastrique .B) Métastase mésentérique. Conclusion  
A) Adénocarcinome gastrique .B) Métastase mésentérique.

Bemako 14 Juillet 1979.

Suites :

Immédiates :

Fistule au 7ème jour qui a regressé avec traitement médical au bout  
de 3 semaines.

Sortie le 27-8-1979 sans traitement.

Après sortie :

1° Consultation : 26-9-1979 va bien sur le plan opératoire  
Décédé en Novembre 1979 à domicile.

Résumé :

- Homme de 50 ans avec altération de l'état général
- Néo de l'estomac et métastases multiples
- Gastrectomie des 2/3 montage type PEAN
- Fistule post-opératoire ayant guérie avec traitement médical ...../...
- Décédé à domicile 5 mois après l'intervention.



OBSERVATION n°16.

79/680. KONE F.... 44 ans, sexe masculin, Senoufo.

Consulte le Dr. KOUMARE pour douleur de l'hypochondre gauche le 7-7-79

Histoire :

Le début remonte à 10 mois environ marqué par :

- des douleurs au flanc gauche une demi-heure après les repas.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloana.

Traitement pré-opératoire : aucun.

Habitude de vie : Non fumeur, non alcoolique.

Signes généraux : bon état général T.A. 11/9 Pouls = 65.

Signes physiques : R A S

Signes paracliniques :

Fibroscopie : n°5222 : estomac de sténose en prépylorique, lésion indurée évoquant un adéno-cancer (3 biopsies)

T.G.D. : non fait.

Biologie : GR : 2 930.000<sup>mm3</sup> / G.B. = 15 600<sup>mm3</sup> / groupe rhésus : C<sup>+</sup>  
VS 86 mm (1ère heure) 92mm ( 2ème heure )

Histologie après biopsies sous endoscopie : perdue en médecine.

Compte rendu opératoire : 19-7-1979.

Diagnostic préopératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac trop évolué.

Traitement : gastro-entérostomie

Exploration : Médiane sus-ombilicale .

Il existe un néo très évolué perforé et bouché avec métastases multiples au niveau du foie gauche. La perforation est bouchée par le foie . L'étage sus-mésocolique est le siège de multiples adhérences qu'on a du mal à libérer.

Intervention : On pratique une ouverture du méso-colon transverse, fixation de l'estomac aux berges du mesocolon. Anastomose gastro-jejunale postérieure sur la 1ère anse jejunale verticale, par des points extra-muqueux simples au lin. Biopsie de la métastase hépatique, péritonisation. Fermeture de la paroi, plan par plan, agrafes sur la peau.

P.S. : L'estomac très dilaté et adynamique. Le reste de l'exploration abdominale est normale à part quelques métastases le long du vaisseau mésentérique.

Histologie post-opératoire.

Organe envoyé : métastase hépatique. Compte rendu parenchyme hépatique disséqué par des larges bandes d'un fibrome très inflammatoire et par une prolifération carcinomateuse réalisant des aspects glandulaires. Conclusion : métastase d'un adénocarcinome sur foie presque cirrhotique.

**Suites :**

Immédiates : très simples

Sorti : le 2-8-1979 : va bien cicatrisation en très bonne voie.

Après sortie.

1° Consultation : 8-8-79: se plaint de douleurs de l'hypochondre droit à type de picottements, post-prandiales irradiant vers l'ombilic. Traitement reçu : Cortancyl

2° Consultation : 22-8-1979 se plaint de plénitude gastrique.

Décédé à domicile le 22- 9-79 dans un tableau de cachexie.

**Résumé :**

- Homme de 44 ans
- Cancer de l'estomac évolué perforé et bouché avec des métastases multiples du foie.
- Gastro-jejunostomie.
- Décédé à domicile 2 mois et 10 jours après l'intervention.

...../.....

OBSERVATION n°17.

79/982. CISSE D... 27 ans, sexe féminin, bambara, vendeuse réside à Bamako.  
Adressée par le Dr. GUINDO pour cancer de l'estomac.

## Histoire de la maladie

Le début remonte à 4 mois marqué par :

- des épigastries atypiques, sans rythme particulier avec les repas.
- Pyrosis - hématomèse minime

Depuis quelques jours se plaint de vomissements incoercibles.

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Traitement pré-opératoire : non connu.

Signes généraux : mauvais état général .

## Signes physiques :

Tumeur épigastrique palpable indolore de 10 cm. de diamètre fixée.

Pas de ganglion de Troisier.

## Signes paracliniques :

T G D : cancer antral

Fibroscopie n°5430 du 15-8-79: Stase gastrique gênant l'examen

n°5480 du 22 -8-1979 : cancer de l'estomac biopsie non faite

Histologie : post-endoscopique : non faite

Compte rendu opératoire : 6-9- 1979.

Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : néo de l'estomac.

Traitement : gastroenterostomie précolique.

Exploration : Médiane sus ombilicale.

Il existe un néo de l'estomac qui fait 10 cm. de diamètre envahissant le colon, le mesocolon, colon transverse. Par ailleurs il existe des multiples métastases hépatiques, ovariennes gauche et droite, des ganglions le long des vaisseaux gastriques.

Compte tenu des métastases on décidé de ne pas résecter et de pratiquer une gastro-enterostomie précolique à cause de l'envahissement du mesocolon transverse. Incision gastrique verticale à la face antérieure du corps de l'estomac. Incision longitudinales sur la 2ème anse jejunaire. Gastro-entérostomie verticale par des points extramuqueux au lin, suspension de l'anastomose biopsie ovariennes gauche. Fermeture paroi plan par plan sans drainage.

Histologie post-opératoire :

Adénocarcinome gastrique - métastase ovarienne d'un adénocarcinome.

## Suites:

Immédiates : simples en dehors d'une lésion buccale mycosique qui a regressé sans traitement médical.

Sortie le 11-10-79 avec ordonnance (Cortancyl )

Après sortie :

1° Consultation : 19-10-79 ballonnements post-prandiaux

2° Consultation 21-11-79. Très fatiguée amaigrissement très important.

Décédée quelques jours après la dernière consultation.

Résumé :- Jeune femme de 27 ans en mauvais état général, -présentant un gros cancer de l'estomac envahissant le mesocolon transverse avec métastase ovarienne. Gastro-enterostomie. Décédée 6 mois après. ....//.....

OBSERVATION n°13.-

79/1021. DIARRA M... 40 ans , sexe féminin, bambara ménagère, réside à Niéna ( Sikasso )

Evacuée de Sikasso pour dysphagie le 28-8-1979.

Histoire :

Le début remonte à 3 mois marqué par :

- des épigastralgies à type de brûlure survenant peu de temps après les repas et irradiant le long du sternum.
  - une dysphagie d'installation progressive marquée surtout pour les solides .
- Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement pré-opératoire : non connu.

Habitude de vie : Non fumeur non alcoolique.

Signes généraux : mauvais état général

Signes physiques :

- Tumeur épigastrique mal limitée
- R A S par ailleurs ( foie non palpable, pas de ganglion de Troisier ).

Signes paracliniques :

T G D : limite plastique

Fibroscopie : néo du cardia

Histologie post-endoscopique : non faite.

Compte rendu opératoire : 11-9-1979. Laparotomie exploratrice.

Diagnostic pré-opératoire : limite plastique

Diagnostic per-opératoire : limite gastrique

Traitement : abstention.

Exploration : Médiane sus-ombilicale.

Il existe une infiltration néoplasique allant du cardia au pylore prédominant sur la petite et la grande courbures de l'estomac , sans métastases hépatiques mais avec des coulées néo-plasique atteignant le meso-gastro-colique. Devant l'impossibilité de pratiquer une gastrectomie totale ( mauvais état général et l'impossibilité de réanimation ) on se contente de pratiquer 7 biopsies sur la paroi externe de l'estomac. Fermeture paroi pñan par plan.

Histologie post-opératoire :

Organes envoyés : biopsies face externe de l'estomac . Compte rendu des nombreux prélèvements 1 seul montre les cellules néoplasiques de type carcinomateux. Conclusion : carcinome peu différencié.

Suites :

Immédiates : simples

Sortie le 19-9-79.

Résumé :

- Femme de 40 ans en mauvais état général
- présentant un cancer de l'estomac faisant évoquer une limite
- Laparotomie exploratrice, puis abstention.
- Perdue de vue.

OBSERVATION n°19.

79/1045. COULIBALY M... 42 ans, sexe masculin, bambara.

Adressé par X pour ulcère du duodenum le 21-9-79.

## Histoire :

Le début remonte à 4 mois marqué par :

- des douleurs épigastriques à type de brûlure, périodiques (10 à 20 j) irradiant vers l'hypochondre gauche.

En Août 1979, vomissements réguliers contenant des débris alimentaires, arthralgies.

Depuis Septembre 1979, les vomissements sont devenus incoercibles.

Le 6-9-1979 hospitalisé en médecine.

Traitement-pré-opératoire : Indocid pendant un mois pour ses douleurs articulaires.

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux: T.A. 12/9 Pouls = 60

Signes physiques : nodule épigastrique sous cutanée palpable de 3 cm. de diamètre. R A S par ailleurs (pas de masse abdominale palpable pas de ganglion de Troisier.

## Signes paracliniques :

T.G.D. : non fait

Fibroscopie : ulcère du duodenum.

Biologie : R A S

Histologie post-endoscopique : non fait

Compte rendu opératoire : Abstention. Biopsie nodule sous-cutanée épigastrique sous anesthésie locale le 19-10-79.

## Histologie.

Organes envoyés : nodule épigastrique sous-cutané. Compte rendu : les fragments examinés montrent une prolifération adonocarcinomeuse dans un tissu conjonctif dense et fibreux. Conclusion : métastase d'un adénocarcinome d'origine gastrique.

Suites : Décédé un mois après :

Résumé :

- Homme de 42 ans en mauvais état général
- Présentant un cancer de l'estomac avec métastase épigastrique sous-cut
- Abstention thérapeutique.

Décédé 1 mois après le diagnostic.

...../.....

OBSERVATION n°20.

79/1140. KONE D... 53 ans, sexe masculin, malinké, planteur réside à Banak  
 Adressé par Pr. DUFLO pour néo de l'estomac le 7-10-1979.

## Histoire de la maladie :

Le début remonte à 6 ans marqué par :

- des douleurs épigastriques calmées par les aliments surtout surtout arachide ou manioc, mais exacerbées par les épices, douleurs souvent en barre.
  - Melaena pendant la crise douloureuse, pas de notion d'hématémèse
- Depuis 3 à 4 jours - pyrosis - vomissements réguliers contenant des débris alimentaires ( à midi )

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude de vie : Non fumeur, non alcoolique.

Signes généraux : bon état général T A = 16/9 Pouls = 96.

Signes physiques : R A S ( Pas de masse abdominale palpable ni de Troisier

## Signes paracliniques

Fibroscopie : ulcère bourgeonnant de l'estomac

T G D : non fait .

Histologie post-endoscopique : non faite.

## Compte rendu opératoire 8-11-79.

Diagnostic pré-opératoire : ulcère bourgeonnant

Diagnostic per-opératoire : néo de la petite courbure.

Traitement : gastrectomie des 2/3 de propreté.

Exploration: Médiante sus-ombilicale

Il existe un néo de la petite courbure gastrique de 7 cm. de diamètre adhérent au pancréas, avec des métastases ganglionnaires le long de la coronaire stomachique jusqu'au tronc coeliaque , par ailleurs il existe n métastases au niveau du foie droit.

Intervention : On pratique une épiplectomie totale, une gastrectomie des 2/3 avec anastomose gastro-duodenal type Réan, 2 demi surjets extramuqueux . Drainage sous hépatique par compresse faite de drain en caoutchouc suture paroi, plan par plan au Catgut, peternyi, peau fil agrafes.

## Histologie post-opératoire n°1333

Organes envoyés : biopsies estomac et ganglions tronc coeliaque, coronaire stomachique, prépancréatique, hépatique.

Compte rendu : 1° adénocarcinome gastrique . 2° ganglions :

- a) ganglions du tronc coeliaque: absence de métastase
- b) ganglion coronaire stomachique : métastase d'un adénocarcinome
- c) ganglion prépancréatique : métastase d'un adénocarcinome
- d) ganglion hépatique : métastase d'un adénocarcinome .

## Suites :

Immédiates : simples

Sorti le 27-11-79 avec ordonnance cortancyl.

...../.....

## Après sortie :

1ère Consultation 16-1-80 : Consulte pour oedèmes des membres inférieurs surtout à gauche, les 2 membres sont chauds et gardent le godet surtout gauche. Signe d'Homann très net. Molliet très douloureux. T R : métastase dans le Douglas de 6 cm de diamètre. Gros foie douloureux : métastase hépatique  
Ordonnance : cortancyl.

Décédé le 5 -2- 1980 à domicile.

Résumé :

- Homme de 53 ans en bon état général
- Présentant un cancer de l'estomac évolué adhérent au pancréas avec métastases hépatiques.
- Gastrectomie des 2/3 de propreté suites simples .
- 2 mois après signes de phlébites, métastase cliniquement évidente et insupportable.
- Décédé 3 mois après l'intervention.

...../.....

OBSERVATION n°21.

79/1195. TOUNKARA B.... 31 ans, sexe masculin, Sarakollé, Secrétaire réside à Bamako.

Adressé par Dr. MAIGA pour douleur abdominale le 26-10-1979.

Histoire :

Le début remonte à 6 mois marqué par :

- des épigastralgies rythmées par les repas et périodiques
- des vomissements alimentaires irréguliers.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement : non fait.

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool

Signes généraux : Perdu 15 Kg. en 6 mois, mais l'état général est conservé.

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable, pas de Troisier

Signes paracliniques :

T G D : ménisque à la face postérieure de l'estomac.

Fibroscopie : ulcère suspect à la face postérieure de l'estomac.

Histologie pot-endoscopique :

Organe envoyé : biopsies de la lésion gastrique. Compte rendu: muqueuse gastrique dont les espaces interglandulaires sont largement remaniés par des fines travées de fibrose avec une nette dédifférenciation glandulaire en profondeur. Conclusion: lésion de type cicatriciel absence de transformation néoplasique sur les fragments examinés.

Compte rendu opératoire : Médiante sus-ombilicale.

Il existe un cancer de l'estomac adhérent intimement au pancréas et à l'aorte - avec de multiples métastases hépatiques et péritonéales. Cancer de l'antre gastrique.

Abstention.

Histologie post-opératoire :

Organe envoyé : métastases d'un cancer gastrique compte rendu histologique : les fragments examinés montrent une prolifération carcinomateuse réalisant des aspects glandulaires. Conclusion : métastase d'un adénocarcinome d'origine gastrique probable.

Résumé :

- Homme de 31 ans
- présentant un cancer de l'estomac très évolué inextirpable avec de multiples métastases hépatiques et péritonéales.
- Abstention .
- Décédé 15 jours après l'opération.

...../.....



OBSERVATION n°22.-

79/1273. DIARRA K... 40 Ans, sexe féminin, ménagère, bambara, réside à Bougouni.

Adressé par le Pr. DUFLO pour néo de l'estomac le 21-11-79.

Histoire de la maladie :

Le début remonte à 4 mois marqué par :

- des épigastralgies atypiques
- des vomissements
- l'anorexie.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena .

Traitement pré-opératoire :

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : mauvais état général T A : 12/8 Poids:80

Signes physiques :

- tumeur épigastrique palpable.
- ganglion de Troisier non palpable.

Signes paracliniques :

Fibrescopie 6321 : Lesion ulcéro-végétante face antérieure region angulaire pas de biopsie.

T G D : non fait

Biologie : GR=2 800 000 groupe et rhésus : C<sup>+</sup>

Histologie post-endoscopique : pas de biopsie.

Compte rendu opératoire abstention décédée à domicile (manque de matériel)

Résumé :

- Femme de 40 ans en mauvais état général
- présentant un cancer gastrique
- Abstention (manque de matériel)
- Décédée à domicile.

OBSERVATION n°23.-

79/1304. CAMARA B... 65 ans, sexe masculin, malinké ancien manoeuvre.  
Adressé par le Dr. GUINDO pour sténose le 30-11-79.

## Histoire :

Le début remonte à 7 mois marqué par :

- un syndrome ulcéreux atypique, sans rythme particulier, sans périodicité.

Depuis 1 mois hypersialorrhée.

Pas de notion d'hématémèse si de méloena.

Traitement pré-opératoire : aucun

Habitude de vie : Ne fume pas , ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : amaigrissement depuis un mois, état général altéré

Signes physiques : Tumeur épigastrique douleur de 6 à 7 cm. de diamètre.

- Le reste de l'examen clinique est normal en particulier pas de métastase hépatique, pas de Troisier palpable.

## Signes paracliniques :

T G D : image en Trognon de pomme antrale remontant 4 cm. environ sur la portion verticale de la petite courbure, estomac très dilaté ptosé.

Fibroscopie : n°6353 estomac de sténose . Lésion ulcéro-végétante de l'antré remontant jusqu'à l'angle , circulaire.

Biologie : urée: 0,56 g. VS: 27 - 56 mm.

Histologie post-endoscopique : Non faite

Compte rendu opératoire : 17-11-79

Diagnostic pré-opératoire : Cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : Cancer de l'estomac

Traitement gastro-enterostomie

Exploration: Médiante sus-ombilicale .

Il existe une tumeur sténosante de 10 cm. de diamètre allant de l'antré à la partie moyenne de la petite courbure verticale du corps de l'estomac sur le versant postérieur. Elle est ulcérée. Métastases hépatiques; envahissement du tronc coeliaque; métastase du Douglas; suspicion de tumeur maligne du rein gauche (tumeur dure infiltrante de la face antérieure et postérieure du rein gauche).

Intervention : devant l'extension de la lésion, on se contente de gastro-enterostomie, transmesocolique verticale. Fermeture paroi plan par plan . Biopsie péritoine estomac.

Histologie post-opératoire :

Organes envoyés : ganglions . Compte rendu histologique : absence de prolifération néoplasique au niveau des fragments examinés.

**Suites :**

Innédiate: Très simples.

Sorti le 3-1-1980 sans traitement.

**Après sortie :**

1<sup>o</sup> Consultation : le 10-2-1980 se plaint de douleurs au flanc droit, métastase hépatique nette, mauvais état général maigri de 6 Kg. en 1 mois. Traitement antalgique simple.

Décédé à domicile le 10-2-1980 dans un tableau de cachexie alors qu'il s'alimentait normalement.

**Résumé :**

- Homme de 65 ans en très mauvais état général
- Présentant un cancer de l'estomac inextirpable avec de très multiples métastases, hépatique, Douglas, péritonéale, peut être même rénale gauche.
- Gastro entérostomie + biopsie ganglionnaire.
- L'examen anapath. du ganglion n'a pas retrouvé de cellules malignes
- Décédé 3 mois après l'intervention.

...../.....

OBSERVATION n°24.

79/1332. TICANA A... 32 ans , sexe masculin, malinké, Tailleur réside à Bamako.

Adressé par X pour stenose et lésion ulcéro-végétante prépylorique 5-7-1979.

## Histoire :

Le début remonte à 1 an marqué par :

- des épigastralgies atypiques à type de tiraillement, déclenchées par les aliments .

Depuis 1 mois, des vomis sements réguliers.

Traitement : Phosphalugel . Prantaxil, Oxyferriscorbone, vogalène pendant un mois.

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Poids actuel 45 Kg., a maigri de 25 Kg. en 12 mois.

## Signes physiques :

- Masse épigastrique palpable.
- R A S par ailleurs.

## Signes paracliniques

T.G.D. : douteux

## Fibroscopie :

n°6007 lésion antrale creusante bords irréguliers

n°6370 lésion ulcéro-bourgeonnante de l'antra annulaire prépylorique (4 biopsies)

Histologie post-endoscopique : Perdue.

## Compte rendu opératoire :

Diagnostic préopératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac trop évolué.

Traitement : gastrectomie des 2/3 de propreté avec anastomose type Péan .

Exploration : Médiane sus-ombilicale

Il existe un cancer de la petite courbure angulaire avec quelques métastases le long des vaisseaux, coronaires stomachiques et dans le grand épiploon, métastases hépatiques multiples.

Intervention : Gastrectomie des 2/3 de propreté ( sans ablation du grand Epiploon) Anastomose type Péan par 2 hemi-surjets extramuqueux au Sutureol OO. Drainage sous hépatique par lame Delbet, fermeture paroi plan par plan.

## Histologie post-opératoire

Organes envoyés: 1°prélèvement gastrique (paroi externe) 2° prélèvement ganglion coronaire stomachique.

Compte rendu : 1° Paroi gastrique sans lésion . 2° métastase ganglionnaire d'un adenocarcinome d'origine gastrique probable.

...../.....

## Suites :

Immédiates: pour des raisons financières le malade ne reçoit qu'un flacon de glucosé à 500cc (5%) par jour. Compte tenu de l'absence de toute perfusion, au 7ème jour on décide de l'alimenter; au 8ème jour apparition d'une fistule externe .

Sorti 3<sup>e</sup> semaine post-opératoire, sans fistule, sans traitement

## Après sortie

1ère Consultation : 27 -2-80: va bien Poids 53 Kg.

2ème Consultation : 25-6-80 : R A S Poids 54 Kg.

3ème Consultation : 5-8-81 : Poids 53 Kg.

- douleurs épigastriques après les repas
- ganglion de Troisier palpable
- Cicatrice chéloïde large de 2 cm. et de 2 cm. de long.

Résumé :

- Jeune homme de 32 ans
- Cancer de l'estomac avec des métastases multiples
- Fistule post-opératoire traitée médicalement
- gastrectomie de 2/3 de propreté avec montage type Réan.
- Va bien depuis l'opération ( 2 ans d'évolution )

...../.....

OBSERVATION n°25.-

79/1344. COULIBALY T... 60 ans, sexe féminin, cultivateur, barbara  
réside à Sanankoroba ( Kati )

Consulte pour douleurs épigastriques le 12-12-79.

Histoire de la maladie :

- Le début remonte à 3 mois marqué par
- des épigastralgies
  - Pyrosis et aérophagie
  - Vomissements alimentaires réguliers.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.  
Habitue de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.  
Signes généraux : Bon état général T A : 11/8

Signes physiques :

- Métastasesy Dans le Douglas.  
- sous cutanées multi-nodulaires .  
Pas de ganglion de Troisier

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°6351 du 30-11-79: Lesion bourgeonnante de l'antre ,  
stenose néoplasique.

T G D : non fait

Biologie : urée : 0,65, reste R A S

Histologie post-endoscopique : non faite.

Compte rendu opératoire : abstention

Résumé :

- Femme de 60 ans en bon état général
  - présentant un cancer gastrique avec métastases sous cutanées, dans  
le Douglas et un début d'insuffisance renale (fonctionnelle?)
- Abstention chirurgicale.

OBSERVATION n°26.-

80/33/K. TRACRE D. 37 ans , sexe féminin, bambara, ménagère, Bamako  
 Consulte Dr. KOUMARE pour épigastralgies le 12-1-1980.

Histoire de la maladie :

Le début remonte à 5 mois marqué par :

- des épigastralgies permanentes non rythmées par les repas avec des poussées paroxytiques.
- des vomissements alimentaires post-prandiaux précoces, surtout au mois de carême,
- une digestion lente.

Depuis 4 mois meloena.

Pas de notion d'hématémèse.

Depuis un mois anorexie.

Traitement pré-opératoire :

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux: amaigrissement important, mauvais état général TA:12/9 .

Signes physiques :

Masse épigastrique douloureuse descendant jusqu'à l'ombilic.

La malade est pliée en deux en permanence.

Pas de Troisier, pas hépatomégalie, mais douleur sous costale droit

Signes paracliniques :

T.G.D. : non fait

Fibroscopie n°6484 du 2-1-80.

Vaste ulcération à fond nécrotique à bords bourgeonnants manifestement néoplasique de la petite courbure angulaire non circulaire à 50 cm. Pas de biopsie.

Biologie : Groupe rhésus : A<sup>+</sup> R A S par ailleurs.

Histologie post-endoscopique : non faite.

Décédée en Mars 1980.

Résumé :

- Femme jeune de 37 ans
- Présentant un énorme cancer blindant tout l'étage susmésocolique.
- Abstention.
- Décédée 2 mois après le diagnostic.



OBSERVATION n°27.-

KONE S... 39 ans, sexe masculin mécanicien bambara reside à Bamako.  
Adressé par le Prof. DUFLO pour cancer de l'estomac le 15-1-1980.

## Histoire :

Le début remonte à plus de 1 an marqué par :  
- des douleurs épigastriques rythmées par les repas.  
Pas de notion de méloena, ni d'hématémèse.

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Bon état général .

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable pas de  
ganglion de Troisier palpable.

## Signes paracliniques :

T G D : non fait

Fibroscopie : cancer de l'estomac, biopsie faite.

Biologie : R A S

## Histologie post-endoscopique :

Carcinome gastrique.

## Compte rendu opératoire :

Laparotomie.

Exploration : Du cardia à l'antre tout est envahi. Il n'y a pas  
une petite partie saine sur le corps , de multiples métastases  
péritonéales dans le Douglas. Carcinose péritonéales sur  
cancer gastrique trop étendu.

Intervention : Abstention.

Biopsies: Estomac - métastases ganglionnaires - péritonéales.  
Fermeture paroi plan par plan.

## Histologie post-opératoire :

Organes envoyés : 1° biopsie estomac, 2° biopsies ganglions  
3° biopsies métastases péritonéales. Compte  
rendu . 1° et 2° coupes difficiles . 3°  
Tissu conjonctif infecté par des nombreuses cel  
lules en bague à chaton. Conclusion: métastase  
peritonéale d'un carcinome gastrique  
Bamako, le 14 Février 1980.

Résumé :

- Homme de 39 ans en bon état général
- présentant un cancer de l'estomac envahissant tout l'organe  
avec de multiples métastases .
- laparotomie. abstention.



OBSERVATION n°28.-

80/105/K. KONE B... 50 ans, sexe masculin Sarakollé, cultivateur, réside à Nara.

Consulte pour épigastralgie et vomissements.

Histoire de la maladie

- Le début remonte à un an marqué par :
  - des épigastralgies vives après les repas.
  - Vomissements réguliers au moins une fois par jour.
- Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement: Aucun

Habitude de vie : Non fumeur, non alcoolique.

Signes généraux : altération de l'état général Poids:46,5kg. pour : 1m80

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable, pas de Troisier)

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°6717 : oesophagite peptique modérée, stenose gastrique importante, antre très inflammatoire ne semble pas tumoral. Pylore difficile à franchir ulcère face antérieure du bulbe (biopsies).

T.G.D. : non fait .

Biologie : groupe et rhésus : B<sup>+</sup> Azotémie : 1,82.

Histologie post-endoscopique :

Organes envoyés : 2 biopsies antrales

Compte rendu : Image de gastrite superficielle (Marseille 22-2-1980.

Compte rendu opératoire 31-3-1980.

Exploration : Médiane sus-ombilicale.

Il existe un cancer de l'antre avec métastase hépatique droit gauche ganglion hépatique et coronaire stomacique.

Intervention : Gastrectomie des 2/3 de propreté facile anastomose termino-terminale type Péan par des points extramuqueux. Lane sous hépatique. Fermeture, parai, plan par plan.

Histologie post-opératoire : perdue en Anapath.

Suites :

Le malade ne pouvant subvenir aux frais des perfusions on est obligé de le réalimenter dès le 2ème jour post-opératoire. Au 5ème jour post opératoire apparait une fistule digestive. Ne disposant ni d'acide lactique ni de sérum salé on se contente de bouillir l'eau du Robinet que l'on refroidit pour effectuer l'irrigation de la fistule.

Sorti le 8-5-1980.

Après la Sortie :

1ère Consultation : 6-80 : Mauvais état général, abdomen augmenté de volume. Ordonnance : Cortancyl.

Décédé à domicile le 16-7-1980 dans un tableau de cachexie.

Résumé :

- Homme de 50 ans en mauvais état général
- présentant un cancer de l'antre et métastases hépatiques
- gastrectomie de propreté anastomose type Péan
- Suites: fistule anastomotique qui a regressé sous traitement médical
- décédé 3 mois après sa sortie.

OBSERVATION n°29.

80/106/K. TRAORE F... 70 ans, sexe féminin, ménagère, Sarakollé réside à Bamako.

Adressé par Dr. B. D. MOREAU pour cancer de l'estomac le 6-2-1980.

## Histoire de la maladie :

Le début remonte à 6 mois marqué par :

- épigastralgies à jeun surtout la nuit et le matin vers 11h.
- une dysphagie progressive surtout pour les solides.

Depuis 10 jours des vomissements réguliers tous les jours surtout le matin.

Pas d'hématémèse, ni de méloena.

Traitement : Aucun

Habitude de vie : Consomme des aliments chauds ( couscous surtout )

Signes généraux : T A : 12/8 Très mauvais état général.

Signes physiques :

- Gros foie douleur
  - Tumeurs épigastriques sous costales droite et gauche multiples
- Pas de ganglion de Troisier palpable.

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°6683.

Vaste lésion ulcéro-végétante circulaire de l'antre. Pylore infranchissable biopsies.

T G D : non fait .

Histologie post-endoscopique :

Compte rendu : biopsies assez superficielles montrant une muqueuse gastrique contenant presque exclusivement des formations glandulaires de type muqueux. Outre des phénomènes inflammatoires très importants on trouve à ce niveau quelques cellules tumorales manifestement malignes ( anisonucléose, hyperchromatisme et irrégularités nucléaires). Les images de mitoses atypiques sont présentes. En une zone ces cellules ébauchent une formation glandulaire. Ces cellules ont volontiers un aspect cylindrique et présentent un cytoplasme légèrement basophile. Conclusion: aspect d'adeno-carcinome gastrique forme typique probable. Marseille 19-2-1980.

Compte rendu opératoire : Abstention.

Décédée en Décembre 1980 à domicile.

Résumé :

- Femme de 70 ans. En très mauvais état général
- Présentant un cancer gastrique trop évolué avec de très grosses métastases hépatiques.
- Abstention : décédée 10 mois après.

OBSERVATION n°30.-

80/156/K.DIALLO A. 64 ans, sexe masculin, comptable, Poulh.

Consulte Dr. KOUHARE pour douleurs abdominales le 27-2-1980.

Histoire de la maladie :

Le début remonte à 7 mois marqué par :

- douleurs abdominales à irradiation rétro-sternale.

Depuis 3 mois, vomissements alimentaires, douleur dorsale.

Pas de notion d'hématémèse, ni de méléna.

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude vie : non fumeur, non alcoolique.

Signes généraux : a maigri de 3 Kg. en 3 mois. Très mauvais état général, ne peut se tenir seul. Anémie discrète.

Signes physiques :

- Très volumineuse masse épigastrique de 18 cm. de diamètre, faisant une voussure mal limitée, très douloureuse, irrégulière, dure fixée.
- multiples métastases sous-cutanée inguinales
- présence d'un petit ganglion de Troisier.

Signes paracliniques :

Scopie : métastases pulmonaires probables.

Résumé :

- Homme de 60 ans en très mauvais état général
- présentant un cancer gastrique avec des métastases cliniquement décelables dont le ganglion de Troisier.
- Abstention.

OBSERVATION n°31.

80/158/K. KANTIE B... 75 ans, sexe masculin, malinké.

Adressé par Dr. B.D. MCREAU pour cancer de l'estomac le 27-2-80.

## Histoire :

Le début remonte à 9 mois marqué par :

- des épigastralgies typiques rythmées par les repas .

Depuis 3 mois les douleurs épigastriques sont devenues permanentes.

Pas de notion d'hématémèse, ni de méloena.

Traitement : aucun.

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : bon état général

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable, pas de ganglion de Troisier) palpable)

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°6755

Vaste ulcération creusante et rigide de la petite courbure angulaire manifestement maligne biopsies (Dr.B.D. MCREAU )

T G D : non fait :

Biologie : groupe et rhésus : B<sup>+</sup> V S 95 mm ( 1<sup>o</sup> heure ) 105mm ( 2<sup>o</sup> heure )

Histologie après biopsies dirigées sous endoscopique :

Compte rendu : Les fragments examinés montrent une prolifération des cellules en bague à chaton nageant dans les plaques de mucus. Les territoires sont séparés par d'épaisses bandes de fibrome. Conclusion: carcinome gastrique de type mucoïde (Bamako )

Compte rendu opératoire : 18-3-80.

Diagnostic préopératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic peropératoire : cancer de l'estomac

Traitement : gastrectomie des 3/4 de propreté avec anastomose type Péan.

Exploration : Médiante sus-ombilicale .

Il existe un cancer de 10 cm. de diamètre ulcéro-bourgeonnant sur la petite courbure angulaire avec des ganglions le long de la coronaire stomacique (ablation) de l'artère hépatique (ablation), prépancréatique ( ablation) envahissant le petit épiploon/une petite métastase de 1 cm. de diamètre au niveau du foie droit. Le reste de l'exploration R A S ( mis à part l'adhérence de la lésion au pancréas .

Intervention :

Gastrectomie des 3/4 de propreté anastomose type Péan par des 2 demi-sujets au suturoi double zéro. Drainage sous hépatique par drain de Delbet. Fermeture de la paroi plan par plan durée 3 heures. Sang 3 flacons.

**Histologie post-opératoire :**

Compte rendu : L'épithélium de surface est remplacé par une prolifération tumorale largement ulcérée. Cette tumeur, présente tous les caractères habituels de la malignité avec en particulier de nombreuses anomalies nucléaires et des images de mitose atypique. Les cellules sont disposées par places sous forme de formations ganglionnaires mais souvent sont réparties de façon isolée ou en petites travées infiltrant et le stroma-conjonctif. Cette tumeur infiltre très largement toute l'épaisseur de la paroi gastrique atteignant la sereuse. En profondeur elle prend un type volontiers mucipare à cellule indépendante la réaction inflammatoire est faible et il faut noter que la plupart des gros vaisseaux observés présentent une hypertrophie importante de la paroi aboutissant à une obstruction presque complète de leur lumière. Le ganglion coronaire stomachique, prélevé est partiellement métastatique, la tumeur présentant ici des caractères plus différenciés. Conclusion: adénocarcinome atypique de l'estomac infiltrant toute la paroi avec métastases ganglionnaires (Marseille 11-6-80)

**Suites :**

**Immédiates :** Très simples

Sorti le 1-4-80 sans traitement.

**Après la sortie :**

1ère Consultation : 21 -5-80 va bien se plaint de constipation

2ème Consultation : 15-7-81 va bien en dehors de crise de paludisme

**Résumé :**

- Homme de 75 ans en bon état général
- Présentant depuis 9 mois un cancer gastrique
- On a pratiqué une gastrectomie des 3/4 de propreté avec anastomose type Péan.
- Suites : Va très bien depuis pres 2 ans.

...../.....

OBSERVATION n°32.

80/411/K. KANE N..... 60 ans, sexe féminin, ménagère, Dioula .

Adressée par Dr.D.MOREAU pour cancer de l'estomac et diarrhée.

Histoire de la maladie :

Depuis quelques semaines se plaint de vomissements alimentaires réguliers sans douleur abdominale .

Pas de notion d'hématémèse, ni de méloema.

Traitement : Vogalène - actapulgite pendant un mois.

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Très mauvais état général Poids:38 Kg. TA:11/6 Taille : 1,80m.

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable pas de ganglion de Troisier palpable).

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°7300: lésion bourgeonnante presque circulaire de l'antre

T G D : non fait .

Biologie : groupe sanguin et rhésus B<sup>+</sup>

Histologie post-endoscopique :

Adenocarcinome gastrique ( Marseille )

Compte rendu opératoire : abstention. Très mauvais état général.

Résumé :

- Homme de 60 ans dans un état de misère physiologique extrême présentant un cancer gastrique stenosant et une diarrhée sévère.
- décédé avant toute intervention malgré une rehydratation

OBSERVATION n°33.-

80.544/K. DCUMBIA D... 50 ans sexe masculin, cultivateur , bambara.  
Réside à Bamako.

Adressé par Dr. B.D. MOREAU pour intervention sur une tumeur ulcéro-végétante de l'antre le 28-5-80.

## Histoire de la maladie :

Le début remonte à 4 mois environ marqué par :

- des ballonnements post-prandiaux surtout après ingestion de lait
- vomissements réguliers (1 fois/j) post-prandiaux tardifs contenant des débris alimentaires non digérés.
- des épigastralgies légères atypiques calmées par les vomissements
- Melaena 2 fois il y a 4 mois mais pas d'hématémèse.

## Signes généraux :

Etat général bon: déclare avoir "depéri" (amaigrissement subjectif)

Poids : 61 Kg. TA:14/9 Poids : 76.

Habitude de vie : Non fumeur , non alcoolique.

## Signes physiques :

Tumeur épigastrique palpable douloureuse

R A S par ailleurs ( Foie non palpable pas de Troisier)

## Signes paracliniques :

Fibroscope : Tumeur ulcéro-végétante de l'antre

T G D : non fait

Biologie: R A S

## Histologie après biopsie sous-endoscopique

Compte rendu : vaste ulcération à fond scléreux dont les berges présentent une prolifération adeno-carcinomateuse. Conclusion: ulcère gastrique cancérisé.

Compte rendu opératoire 10/6/80

Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : gros cancer gastrique

Traitement : gastrectomie des 3/4 de propreté.

Exploration : Médiane sus-ombilicale.

Il existe un gros cancer circulaire de l'antre avec des métastases, au niveau du foie droit et gauche, le long de la coronaire stomacique, la gastroepiploïque droite .

Intervention: On pratique une gastrectomie des 3/4 de propreté avec anastomose type Péan par 2 hémisujets extramuqueux au lin.

## Suites :

Immédiates : très simples

Sorti le 23-6-80 sans traitement

## Après sortie

1° Consultation : 23-7-1980 : va très bien

2° Consultation : le 29-10-80 va très bien Poids : 67 Kg.

Résumé :

- Homme de 50 ans en bon état général
- présentant un cancer de l'estomac avec des métastases multiples.
- gastrectomie de propreté anastomose type Péan
- Suites . Va bien depuis 22 mois .

...../.....

OBSERVATION n°34.-

KONE M...45 ans , sexe féminin, ménagère, bambara, réside à Kita.

Adressée par Dr. B.D.MOREAU pour cancer antro-pylorique.

## Histoire de la maladie

Le début remonte à 7 mois marqué par :

- des épigastalgies non rythmées, non périodiques, à type de torsion irradiant vers le bas.
- des ballonnements post-prandiaux
- méloena 2 fois

Depuis 3 mois vomissements alimentaires précoces soulageant la malade.

Traitement : Aucun

Habitude de vie : non fumeur non alcoolique.

Signes généraux : T A : 13/8 Pouls:84 .Altération de l'Etat Général

## Signes physiques :

- Douleurs épigastriques provoquées à la palpation
- Clapotage épigastrique à jeun.

## Signes paracliniques :

- T G D : non fait
- Fibroscopie : n°7331 du 22-4-1980 : Lésion ulcéro-végétante circulaire de l'antre (biopsie )
- Biologie : Groupe et rhésus : O<sup>+</sup> G R : 3 710,000 Hte.30  
Hb=8,7 GB: 3 200

## Histologie post-endoscopique :

- 1° Compte rendu : l'analyse des 3 fragments met en évidence des éléments suivants :
- une zone où la muqueuse a conservé son aspect normal
  - un granulome dense, avec oedème et infiltrations des cellules inflammatoires
  - plage de surface réduite.

- Les rares cellules hyperbasophiles, parfois inégales à noyaux légèrement déformés, mais ne présentant pas les caractères formels de malignité.

Néanmoins de telles images sont suspectes.

Réenvoyez encore pour mieux préciser ces atypiques cytologies

Marseille.

- 2° Compte-rendu: Prolifération carcinomateuse en petite nappe avec un stroma inflammatoire. Conclusion : carcinome gastrique.

Bamako, 14-5-1980

## Compte-rendu opératoire :

Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac.

Diagnostic per-opératoire : cancer de l'antre

Traitement : gastrectomie des 4/5 de propreté.



Exploration : Médiane sus-ombilicale .

Il existe un cancer de l'antra non circulaire siégeant sur la petite courbure avec des métastases retro-pancréatique le long de la coronaire stomachique et de la gastro-epiploïque droite. On ne peut pas déterminer l'existence de métastase hépatique compte tenu des adhérence multiples péritonéales. Le foie est complètement accolé à la paroi et au diaphragme.

Intervention.

On pratique la gastrectomie des 4/5 de propreté sans ablation du grand épiploon. Anastomose gastro-duodenale type Péan au Suturol par des surjets extra-muqueux. Toilette péritonéale.

Drainage sous-hépatique par lame de Delbet.

Fermeture paroi plan par plan agrafes sur la peau.

Histologie post-opératoire

1° biopsie d'estomac : Cette biopsie a probablement subi un retard de fixation entraînant d'importantes lésions autolytiques des tissus. Elle a porté sur la zone pylorique: il existe en effet une épaisse zone de glande de Brunner sous la muscliculise mucosae. On ne note pas de prolifération tumorale à ce niveau. La seule anomalie constatée, en dehors des phénomènes de nécrose d'origine autolytique probable, est l'existence de nombreuses colonies bactériennes d'origine actinomycosique probable.

2° Ganglion retropancréatique :

On ne retrouve pas, sur le prélèvement adressé, de structure permettant d'identifier un ganglion. Au sein d'un tissu conjonctif dense, infiltré seulement que quelques cellules inflammatoires lymphoplasmocytaires, on ne note pas l'existence d'une prolifération tumorale par place massivement nécrosée, faite de cellules cylindriques ou cylindrocubiques, présentant tous les caractères de la malignité, groupées en formations trabéculovésiculaires. Ces cellules présentent de fréquentes images de sécrétions, et le centre des images glandulaires formées et encombrées d'un matériel de sécrétion faiblement éosinophile. Conclusion : métastase par un adénocarcinome digestif muco-sécrétant (Marseille 11-6-80)

Suites :

Immédiates : Simples

- Sortie au 10ème jour post-opératoire
- Perdue de vue.

Résumé :

- Femme de 45 ans
- Présentant un cancer gastrique avec métastases ganglionnaires et hépatiques ?
- Gastrectomie des 4/5 de propreté
- Suites très simples : Perdue de vue

...../.....

OBSERVATION n°35.

80/724. KONATE F... 45 ans, sexe masculin, commerçant Sarakollé.

Adressé par le Prof. DUFLO pour bourrelet inflammatoire très suspect de mitose pré-pylorique, le 23-7-1980.

Histoire

Le début remonte à un an marqué par des épigastralgies fugace et  
 - des ballonnements post-prandiaux  
 - d'hyperalorrhées survenant par crises séparées d'une accalmie de  
 1 à 2 mois.

Depuis 1 mois, épigastralgies plus marquées, à type de brûlure sans irradiation calmées par les repas, météorisme abdominal, palpitation, hypersialorrhée, nausées.

Pas de notion de méloena ni d'hématémèse.

Fibroscopie n°7793 du 27-6-80: Pylore inflammatoire infiltré présentant un petit bourgeon. Pas d'ulcère vrai.

Traitement pré-opératoire :

- Gastramine , Prantal ayant entraîné une amélioration notable.

Habitude de vie : Ne fume pas , ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux :

Bon état général obèse qui ne semble pas avoir maigri. Poids: 62 Kg.  
 T A: 14/8 Taille : 1m60.

Signes physiques : RAS ( pas de masse abdominale palpable, pas de Troisier)

Signes paracliniques :

T G D : non fait

Fibroscopie n°7914 du 23-7-80 : le pylore est le siège d'un bourrelet inflammatoire très suspect de mitose. Biopsie.

Histologie post-endoscopique :

Adenocarcinome invasif.

Compte rendu opératoire : 7-8-80.

Exploration : Médiante sus-ombilicale.

Il existe une tumeur de 5 cm. de diamètre très peu pédiculée à base large et courte, par ailleurs cette base semble légèrement indurée, ce qui fait évoquer le diagnostic de malignité d'autant que la tumeur a un aspect framboise irrégulier. Reste de l'exploration , R A S.

Intervention : Hemi-gastrectomie anastomose type Péan au surjet 4 demi-surjets au Sutuzol OC. Fermeture paroi plan par plan, catgut linowax, agrafes sur peau.

Histologie post-opératoire :

Compte-rendu: Hyperplasie glandulaire dont le chorion est très infiltré par des cellules inflammatoires à prédominance lympho-plasmocytaire.  
 Conclusion : polype glandulaire.

Suites :

Immédiates : très simples

Après sortie : 1° Consultation: convoqué le 12-8-81: va très bien sur le plan chirurgical, mange 3 fois par jour. Se plaint de H I D . Poids : 65 Kg.

Résumé :

- Homme de 45 ans en bon état général
- Tumeur gastrique dont la biopsie trouve de façon affirmative des cellules malignes.
- Hemi-gastrectomie avec anastomose type Péan.  
La biopsie de la pièce opératoire ne retrouve pas de cancer.
- Suites très simples: Se porte très bien depuis 1 an après l'intervention.
- Cette observation soulève un problème :
  - est ce un cancer en 1 point du polype que la biopsie aurait enlevé entièrement ?
  - est-ce une erreur de la pièce ?
- L'évolution ne pourra plus trancher ce problème sauf si dans quelques années, une récurrence ou des Métastases apparaissent.

...../.....

OBSERVATION n°36.-

80/711/K. COULIBALY B..... 55 ans, sexe masculin, cultivateur réside à Banamba.

Consulte Dr. KOUMARE pour épigastralgies le 23-7-1980.

## Histoire de la maladie :

Le début remonte à plus d'un an ? marqué par:

- Un syndrome ulcéreux typique,
- Douleurs épigastriques post-prandiales tardives.

Depuis 2 mois, vomissements alimentaires réguliers, hématemèse le 5-7-1980.

Traitement : Aucun.

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Mauvais état général

Signes physiques : R A S ( pas de masse épigastrique palpable, pas de ganglion de Troisier ).

## Signes paracliniques

T G D : non fait

Fibroscopie n°7942 du 23-7-1980 volumineuse tumeur maligne bourgeonnante du bas oesophage, cardia infrachissable (4 biopsies)

Histologie post-endoscopique : Cette biopsie a porté sur une prolifération tumorale faite de cellules carcinomateuses à cytoplasme le plus souvent finement vacuolisé et à noyau excentré qui infiltrèrent massivement une muqueuse digestive dédifférenciée. L'indice mitotique est peu élevé. Conclusion : adénocarcinome atypique . Marseille 8-8-80.

## Compte rendu opératoire :

Abstention chirurgicale due au fait que le malade risque de ne pas supporter la gastrectomie totale et surtout à cause des problèmes de réanimation post-opératoire.

Pas de proposition de gastrostomie à cause des risques d'obstruction précoce de la sonde.

Résumé :

- Homme de 55 ans en mauvais état général
- Présentant un cancer du cardia.
- Abstention chirurgicale.

OBSERVATION n°37.-

DIARRA S.... 53 ans, sexe masculin, bambara.

Adressé par Dr. LOMBES pour tumeur épigastrique le 26-8-1980.

Histoire de la maladie :

- Le début remonte à un an marqué par :
  - des douleurs abdominales
  - la perception d'une masse épigastrique par le malade.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Antécédent de Tripanosomiase traité depuis 1940.

Traitement pré-opératoire :

Tous les jours, 1 flacon de serum salé et glucosé + 2 g. de Kcl  
un flacon de sang 500 cc.

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool

Signes généraux : Mauvais état général TA:11/8 Pouls:72. - Paleur.

Signes physiques

Masse épigastrique arrondie, mobile de 6cm. de diamètre.

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°8055 du 20-8-1980 : oesophagite intense très hémorragique saignant au contact de l'appareil, au niveau gastrique il existe une énorme tumeur ulcérée bourgeonnante allant de l'antra à la grosse tubérosité.

T G D : non fait

Biologie : G R : 2 120 000 Hte . 20% VS = 85-115 mm.  
groupe et rhésus A<sup>r</sup>

Compte rendu opératoire :

Décédé avant l'intervention.

Résumé :

- Homme de 54 ans en très mauvais état général
- Présentant un cancer gastrique cliniquement évident.
- Décédé avant l'intervention.

...../.....

OBSERVATION n°38.-

81/45 K. KONE S.... 56 ans, Sexe masculin, bambara , Cultivateur.  
Réside à Farako, Kolondièba ( Sikasso )

Adressé par le Prof. GUINDO pour tumeur bourgeonnante de l'antre le  
15-7-1981.

## Histoire de la maladie :

Le début remonte à 6 mois marqué par :

- des douleurs épigastriques permanentes
- des ballonnements post-prandiaux soulagés par les vomissements.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : altération de l'état général poids:50Kg.TA:10/7.Pouls:80

Signes physiques : tumeur épigastrique indolore de 16cm. de diamètre  
métastase abdominale sous-cutanée sus-ombilicale  
Pas de ganglion de Troisier palpable.

## Signes paracliniques :

Fibroscopie n°10671 : Tumeur bourgeonnante de l'antre sténosante  
passage impossible.

T G D : non fait

## Histologie post-endoscopique :

Gastrite subaigue plus adénomatoïde aucun élément suspect (Marseille)

## Compte rendu opératoire :

Diagnostic préopératoire : cancer de l'estomac

Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac trop évolué

Traitement : gastro-entérostomie.

Exploration : Médiane sus-ombilicale .

Il existe un néo de l'antre sténosant adhérent intimement au foie gauche à la paroi abdominale antérieure. Mobile sur le plan profond avec des métastases sur la ligne pré-aponevrotique sus-ombilicale, des multiples métastases ganglionnaires, coronaires stomaciques gastro-épiploïque gauche, mésentérique, retrocolique<sup>S</sup> droite et gauche et retro-pancréatique dans le grand épiploon. D'autres métastases sur le péritoine pariétal antérieur; du petit bassin. Par ailleurs on trouve une diverticulose colique et du grêle allant jusqu'à l'angle de Treitz le reste de l'exploration abdominale est normal.

Intervention : Compte tenu du très mauvais état général du malade, on se contente de pratiquer une gastro-entérostomie verticale précoeliq par des points lignowax O. Drainage sus-hépatique par un drain de Delbet. Fermeture paroi point par point au perternyl OO , agrafes sur la peau.

## Histologie post-opératoire :

- 1° Paroi gastrique sans muqueuse visible ni cellule cancéreuse
  - 2° Ganglion hyperplasique de type réactionnel sans métastase.
  - 3° Absence de métastase. 4° Pas de métastases sur les coupes examinées
- Bamako 11-8-81.

## Suites :

Immédiates : Très simples

Sorti le 6-8-81.

## Après sortie :

- 1° Consultation 2-9-81 : oedèmes des deux pieds prenant le godet depuis une semaine . Se plaint d'indigestion Poids 58 Kg. Ordoannce Cortancyl.
- 2° Consultation 16-9-81 : Va très bien.
- 3° Consultation 30-9-81 : se plaint, des pieds, il n'existe ~~et~~ pas d'oedèmes, d'épigastralgies à type de crampe survenant après les repas, mange 4 fois par jour.
  - Poids: 47 Kg.
  - Tumeur sous-cutanée au niveau de la cicatrice, métastase ?

Résumé :

- Homme de 56 ans en mauvais état général
- Présentant un cancer de l'estomac très évolué avec des métastases multiples ( le diagnostic est uniquement clinique , car la biopsie gastrique limitée à la musculieuse n'a pas atteint la lésion cancéreuse ( localisée surtout à la muqueuse)
- Gastro-entérostomie verticale précolique
- Suite simple

...../.....

OBSERVATION n°39.-

81/70 K. TRACRE H... 40 ans, sexe féminin, bambara, ménagère, réside à Dio.  
Adressée par le Pr. GUINDO pour vaste lésion ulcéro-végétante de l'antre  
le 22-7-81.

## Histoire :

Le début remonte à plus d'un an marqué par :

- des épigastralgies sans rapport avec les repas

Depuis 2 mois les douleurs épigastriques sont devenues permanentes  
calmées par les vomissements pyrosis.

Pas de notion d'hématémèse, ni de méloena.

Traitement : Phosphalugel, perfusion Serum glucosé et salé pendant un mois.

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Très mauvais état général, cachexie, déshydratation,  
paleur, Pouls : 100 TA: 10/71/2 grabataire.

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable . Pas de  
ganglion de Troisier palpable.

## Signes paracliniques :

T G D : non fait

Fi broscopie n°10817.

Vaste lésion ulcéro-végétante de l'antre prépylorique Stenosante,  
3 biopsies ( Pr.GUINDO)

Biologie : Groupe et rhésus : B<sup>+</sup> protides totaux : 66 g.

## Histologie post-endoscopique :

Carcinome, épidermoïde indifférencié atypique .

Compte rendu opératoire : contre indication anesthésique (Dr.TOURE  
Anesthésiste) le 5-8-81.

Réanimation : Serum glucosé , Serum salé , sang .

Décédée le 22-8-81.

Résumé :

- Femme de 40 ans présentant un cancer de l'estomac extrême  
mauvais état général, cachexique, grabataire.
- Tentative de réanimation médicale sans succès
- Décédée 2 mois après le diagnostic.

...../.....



OBSERVATION n°40.

81.74/K. TRACRE M.... 60 ans, sexe féminin Haoussa ménagère.

Adressée par le Pr. GUINDO pour lésion bourgeonnante de l'antre le 22-7-81.

## Histoire de la maladie :

- Le début remonte à plus d'un an marqué par :
- des douleurs épigastriques atypiques permanentes sans rapports avec les aliments.
  - Pyrosis- regurgitation.
- Pas de notion d'hématémèse pas de méloena.

Traitement : Phosphalugel pendant un mois.

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Mauvais état général T A : 14/9 Pouls=100/mm.

Signes physiques : R A S ( pas de masse abdominale palpable, pas de ganglion de Troisier ).

## Signes paracliniques :

Fibroscopie n°10772 lésion bourgeonnante de l'antre (biopsie)

T G D : non fait

Scopie : T P N

Biologie : RAS en dehors d'une VS à 55 mm (1ère heure) 85 mm (2ème h.)

## Histologie post-endoscopique :

Echantillon perdu.

## Compte rendu opératoire le 13-8-81

- Diagnostic préopératoire : ulcère de l'estomac
- Diagnostic peropératoire : cancer de l'estomac ou ulcère
- Traitement : gastrectomie des 3/4 avec anastomose Péan (à visée curative)

Exploration : Médiane sus-ombilicale .

Il existe un cancer de l'antre siégeant sur la petite courbure 16 cm. de diamètre stenosant complètement infiltrant avec des métastase le long de la pylorique, la gastro-epiploïque droite, un ganglion métastasique le long de l'hépatique et de la splénique.

Intervention : On pratique la ligature de la coronaire à quelques cm. de son origine curage du reste de la coronaire, ligature pylorique à son origine, picking le long de l'artère hépatique et splénique. Exérèse de ganglions pré et retro-pylorique, omentectomie totale. Gastrectomie des 3/4. Anastomose type Péan par 2 hémisurjets extra muqueux au lin.

## Histologie post-opératoire :

Compte rendu : prolifération adénocarcinomeuse infiltrant assez profondément la paroi gastrique métastase ganglionnaire. Conclusion: adénocarcinome gastrique - métastase ganglionnaire. Bamako 3-9-1981.

## Suites :

## Immédiates

Petit abcès de la paroi le 25-8-81.

- Résumé :- Femme de 60 ans en mauvais état général
- Présentant un cancer gastrique semblant peu évolué ...../.....
- Gastrectomie des 3/4 à visée carcinologique.
- Suites très simples.

OBSERVATION n°41.

81/67/K. FOFANA B.... 66 ans, sexe masculin, boucher en retraite sononé.  
Reside à Bamako.

Consulte le Pr. KOUMARE pour vomissements incoercibles le 22-7-1981.

**Histoire :**

Le début remonte à 6 mois marqué par :

- des épigastralgies exacerbées par les aliments et soulagées par les vomissements.
- ballonnements post-prandiaux
- Pyrosis Constipation ( 8 jours )

Pas de notion d'hématémèse ni de méléna.

Traitement Pré-opératoire : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Poids maxime, 110 Kg. au mois de Janvier, Poids actuel 70 Kg. a maigri de 40 Kg. en 6 mois, état général ~~Mauvais~~ : **Paléur**.  
TA : 18/10 Pouls : 72/min.

Signes physiques : Insuffisance aortique.

Pas de masse abdominale palpable, pas métastase décelable

Signes paracliniques :

Scopie : T P N

T G D : non fait

Fibroscopie n°10755 : estomac de stenose avec un bourgeon prépylorique

Biologie : GR : 3 520 000 / Hb: 10,5g. VS (47 mm. 1ère heure) 83 mm  
(2ème heure ) groupe et rhésus : B<sup>+</sup>

Histologie post-endoscopique :

Pas de signe de malignité (Marseille )

Compte rendu opératoire 17-8-81.

- Diagnostic pré-opératoire : cancer estomac
- Diagnostic per-opératoire : cancer estomac très évolué
- Traitement : gastrectomie des 2/3 de propreté avec anastomose type Péan.

Exploration : Médiante sus-ombilicale.

Il existe un cancer ulcéro-végétant infiltrant toute la paroi siégeant sur la portion horizontale de la petite courbure prépylorique entièrement stenosant faisant 8 cm. de diamètre. Métastases multiples le long de la coronaire stonachique jusqu'à son origine le long de la gastro-epiploïque droite (multiples et énormes ) le long de la pylorique et hépatique ( multiple et énorme) retro-duodenopancréatique pré et retropylorique dans le grand épiploon ( partie droite ) Pas de métastase hépatique, péritoniale, le reste de l'exploration est normal.

Intervention : On pratique la ligature de la coronaire stomachique presque à son origine laissant manifestement quelques adénopathies pré-aortiques et surtout hépatiques . Ligature de la pylorique à son origine de la gastro-épiploïque droite à son origine. Section duodenum en zone saine, section de l'estomac de 2/3, anastomose gastro-duodénale type Péan par 2 demi-surjets au lin 0. Drainage sus-hépatique par sonde Delbet sonde au dessus de la suture. Fermeture paroi plan par plan (lin peternyl agrafes).

Histologie post-opératoire :

Organes envoyés: 1° lésion gastrique, 2° coronaire stomachique  
3° gastro-épiploïque . Compte rendu : 1° adénocarcinome infiltrant toute la paroi, 2° Métastase  
3° Absence de métastase.

Bamako le 18 Septembre 1981.

Suites :

Immédiates :

Le 20-8-81, parotidite gauche ou abcès dentaire gauche . A retiré sa sonde gastrique le lendemain non renise . Fistule digestive nette au 2ème jour post-opératoire.

Décédé le 24 -8-81 par suite d'hémorragie abdominale.

Résumé :

- Homme de 66 ans en très mauvais état général insuffisance aortique
- Cancer gastrique avec métastases multiples
- Gastrectomie de 2/3 de propreté
- Fistule digestive dès le 2ème jour
- Décédé au 7ème jour post-opératoire.

...../.....

OBSERVATION n°42.-

81/117/K. DIARRA A.... 30 ans, sexe masculin, Senoufo, cultivateur.

Consulte Pr. KOUARE pour vomissement et hémotémèse le 5-8-1981.

## Histoire :

Le début remonte à un an marqué par:  
- des douleurs abdominales diffuses

Depuis quelques jours, vomissements alimentaires et hémotémèse minime, regurgitation, éructation.

Traitement pré-opératoire : Aucun

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Poids : 35 Kg. extrêmement maigre fatigué, très mauvais état général ne peut même plus se tenir debout.

Signes physiques : R A S ( Pas de masse abdominale palpable, pas de ganglion de Troisier )

## Signes paracliniques :

T G D : Image d'arrêt, antre infranchissable stase importante.

Fibroscopie : n°10848 volumineuse : stenose du pylore avec importante stase alimentaire.

## Histologie post-endoscopique :

Adénocarcinome ( Marseille ).

## Compte rendu opératoire : 7-9-81

- Diagnostic pré-opératoire : cancer de l'estomac
- Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac
- Traitement : gastrectomie des 3/4.

## Exploration : Médiante sus ombilicale

Il existe un cancer ulcéro-bourgeonnant siégeant sur la petite courbure au niveau de l'angle. Il est complètement circulaire et va jusqu'au pylore qu'il respecte. Il remonte à 3 cm. au-dessus, de l'angle de la petite courbure. Métastases ganglionnaire, hépatique, coronaire stomachique, retro-duodenal, le long de la gastro-epiploïque droit. Il adhère intimement au pancréas. Le reste de l'exploration abdominale est normal, en particulier pas de métastases hépatique.

Intervention : Curage hépatique, ligament coronaire stomachique à son origine. Omentectomie totale. Ablation des ganglions rétroduodénaux. Section duodenum en zone saine, estomac au niveau des 3/4 en zone saine. Anastomose gastro-duodenale type Réan, 2 hémisurjets extramucosaux au lin CO. Estomac très dilaté permettant l'anastomose gastroduodenale. Mais très important liquide de stase ( 2 l. ). Fermeture paroi plan par plan.

Histologie post-opératoire

1° les coupes de la paroi gastrique montrent une certaine différenciation des glandes à la surface de la muqueuse dont la partie moyenne et profonde, sont le siège de la prolifération adénocarcinomateuse typique qui paraît bien limitée par la muscularis mucosae. En fait au fort grossissement on découvre jusque dans les profondeurs de la musculature des cellules néoplasiques isolées en petits amas ( embols ).

2° Hyperplasie de type réactionnel. Absence de métastases sur les coupes examinées. Bamako le 17 Septembre 1981.

## Suites :

Immédiates : en post-opératoire: pour des raisons financières , le malade ne reçoit qu'un flacon des 500 cc de glucosé à 5 % par jour plus un flacon de salé isotonique 500 cc par jour.

Fistule digestive le 8-9-81.

Décédé le 12 -9-1981.

## Résumé :

- Homme de 30 ans en très mauvais état général grabataire.
- Cancer gastrique trop évolué
- Gastrectomie des 3/4 à visée carcinologique avec anastomose type Péan.
- Décédé 5 jours après l'intervention de fistule digestive.

...../.....

OBSERVATION n°43.-

31/153/K. TRAORE M... 43 ans , sexe masculin, boucher, Sarakollé  
réside à Kati.

Adressé par le Pr. GUINDO pour ulcère de la petite courbure antrale suspect  
11-8-81.

## Histoire :

Le début remonte à un an environ marqué par :

- pyrosis survenant volontiers le matin après le petit déjeuner,  
surtout pendant la période froide.

Depuis 3 mois se plaint d'épigastalgies typiques calmées par les  
repas, de plénitude gastrique.

Pas de notion d'hématémèse, ni de méloena.

Traitement : Phosphalugel pendant un mois.

Habitude de vie : Ne fume pas , ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Poids maximum 80 Kg. en 1980, poids actuel 175 Kg. a maigri  
de 5 Kg. en 10 mois environ. Bon état général, esthétique  
T A : 12/9. Pouls 80 par mn.

Signes physiques: A S ( Pas de masse palpable pas de Troisier )

## Signes paracliniques :

Fibroskopie n°10844 du 5-8-1981 invagination gastro-oesophagienne,  
ulcère de la petite courbure antrale, sous angulaire à fond  
sale suspect-biopsies (Pr. GUINDO )

T G D : non fait

## Radiographie :

le 11-8-81 pneumonie chronique banale bilatérale

le 19-8-81 pneumonie chronique basale bilatérale

Histologie post-endoscopique : Carcinome ( Marseille.

## Compte rendu opératoire :

- Diagnostic pré-opératoire : Cancer de l'estomac
- Diagnostic per-opératoire : cancer de l'estomac
- Traitement : gastrectomie des 3/4/

Exploration : Médiane sus-ombilicale.

Il existe à l'angle de la petite courbure un ulcère profond un  
peu induré de 4 cm. de diamètre non entièrement infiltrant, à bords souples,  
à fond nécrotique. Il existe des grosses adénopathies coronaires stomacique  
que l'on prélève et le long de la gastro-epiploïque droite également prélevés.  
Omentectomie presque totale gastrectomie des 3/4 après ligature de la cor-  
naire stomacique presque à son origine. Section supérieure de l'estomac à  
2 cm. du cardia en zone saine, section du duodenum à 2 cm. du Pylore en zone  
saine. Anastomose gastro-duodenale type Péan par 2 surjets au suturel double  
zéro. Sonde gastrique au dessus de la suture. Drainage sous-hépatique par un  
drain Delbet.

P S : il existe une petite lésion angiomateuse de 1 cm. de diamètre sur la face antérieure du foie gauche que l'on prélève. Fermeture paroi plan par plan Lin peternyl catgut agrafes.

Histologie post-opératoire :

1° Adénocarcinome gastrique relativement bien limité à ce niveau par la muscularis mucosae. 2° Absence de métastase ganglionnaire  
Bamako le 17-9-1981.

Suites: Simples :

Après la sortie :

27-9-81 : va très bien se plaint de cicatrice cheloïde au niveau de la médiane long de 6 cm. et large de 1 cm.

Résumé:

- Homme de 43 ans en bon état général
- Présentant un cancer gastrique
- Gastrectomie des 3/4
- Suites très simples .

Se porte très bien depuis 2 mois après l'intervention.

...../.....

OBSERVATION n°44.

81/258/K. KABA F.... 50 ans, sexe féminin, ménagère, Malinké, réside en République du Guinée.

Adressé par le Prof. GUINDO pour sténose chez une ancienne opérée de néo-gastrique le 12-9-81.

## Histoire de la maladie :

Le début remonte à plus de 1 an marqué par :

- des douleurs épigastriques typiques rythmées par les repas et et périodiques de 4 à 6 mois d'accalmie.

Depuis 1 an les douleurs sont devenues permanentes, - des vomissements alimentaires - anorexie.

Le 4-4-1980 consulte Pr. DEMBELE qui suspecte une hernie hiatale et demande une fibroscopie qui montre : un vaste ulcère très creusant à bords irréguliers bourgeonnant sur la petite courbure de l'antre sous angulaire justa-pylorique probablement perforé et bouché à fond sale cratériforme (3 biopsies)

La malade refuse l'intervention au Mali et s'en va en Guinée pour des raisons sociales où elle suit d'abord un traitement médical: Maalox, Librax, Carbolevure, Piperazine, Alcopar sans succès puis un traitement chirurgical: gastro-entérostomie antérieure en Mai 1981. Mais reprise des vomissements 2 mois après l'intervention.

Signes généraux actuels : TA : 13/9 Poids : 60 Kg. Pouls: 100/mn, Taille: 1,75

- Masse épigastrique dure irrégulière, profonde
- Pas de ganglion de Troisier palpable.

## Signes paracliniques actuels :

T G D : montre un antre en trognon de pomme avec un estomac dilaté contenant un liquide de Stage. Pas de passage ni pylorique ni au niveau de l'anastomose après 2h. d'ingestion.

Biologie : R A S

Fibroscopie : tumeur néoplasique bourgeonnante et ulcérée de l'estomac. Biopsie faite.

## Histologie post-endoscopique :

Suspicion néoplasique (Marseille).

Compte rendu opératoire : Abstention.

Résumé :

- Femme de 50 ans en mauvais état général
- Présentant un cancer gastrique ayant nécessité une gastroentérostomie en Guinée.
- Abstention.
- Décédée un mois après.



OBSERVATION n°45.-

COULIBALY M..... 50 ans, sexe masculin, cultivateur bambara, réside à Koulikoro.

Adressé par B.D. MOREAU pour lésion ulcero-végétante de l'antre le 16-9-81.

Histoire de la maladie :

Le début remonte à plus de 1 an marqué par :

- des épigastralgies atypiques

Depuis quelques mois, des vomissements alimentaires irréguliers

- anorexie - pyrosis.

Pas de notion d'hématémèse, ni de méloena.

Traitement : Phosphalugel et Prantal pendant 1 mois après fibroscopie n°10969 du 31-8-81. Oesophage un peu érythémateux, estomac vaste ulcération en nappe peu hémorragique rendant l'estomac un peu akinétique.

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Poids actuel : 62 Kg., Poids max. 70 Kg. en 78, a maigri de 8 Kg. en 3 ans. Mauvais état général.

Signes physiques : R A S ( Pas masse palpable, pas de ganglion de Troisier)

Signes paracliniques :

T G D : non fait

Scopie : T P N

Fibroscopie : n°11050 du 9-9-81 : vaste lésion ulcéro-végétante de tout l'antre (4 biopsies de principe)

Biologie : groupe et rhésus : O<sup>r</sup> le reste R A S

Histologie post-endoscopique :

Adenocarcinome (Marseille).

Compte rendu opératoire :

Diagnostic pré-opératoire cancer de l'estomac.

Diagnostic per-opératoire cancer de l'antre très évolué.

Traitement : gastrectomie des 3/4 de propreté.

Exploration : Médiane sus-ombilicale :.

Il existe un cancer de l'antre perforé et bouché dans le pancréas adhérent intimement à celle-ci et au pédicule hépatique. Il existe des multiples ganglions le long de la coronaire stomacique, gastro-épiloïque droite. Le cancer est ulcéro-végétant.

Le foie est suspect d'être un foyer de cirrhose plus 2 métastases gauches ou de 2 granulomes sur parasites plus une carcinose, pseudo-sclerotique micronodulaire. L'ensemble de la tumeur fait 10 cm. de diamètre elle n'est pas circulaire, elle ne siège qu'au niveau de l'antre mais elle infiltre toute la paroi jusqu'à la sereuse ( elle est perforée). Le reste de l'exploration abdominale est normal.

Intervention : On pratique une épiploectomie subtotale, décollement très difficile de la tumeur du pancréas. On abandonne même un fragment de la tumeur sur le pancréas. Ligature de la coronaire stomacique à son origine. Ligature de l'artère pylorique et des gastro-épiloïques. On ne pratique aucun curage.

Gastrectomie des 3/4 de propreté, section gastrique et duodenale en zone saine anastomose gastroduodenale de type Péan par 2 demi-surjets par lin extra-muqueux drainage sous-hépatique pour lame de Delbet.

Fermeture paroi plan par plan : Catgut : peternyl, agrafes.

Histologie post-opératoire :

1° Adénocarcinome gastrique

2° Nodule fibreux. Bamako 27-10-1981.

Suites :

Immédiates : Simples

Sorti sans traitement

Résumé :

- Homme de 50 ans en mauvais état général
- Présentant un cancer gastrique avec multiples métastases ganglionnaires
- Gastrectomie des 3/4 de propreté
- Suites très simples !
- Sorti sans traitement.

...../.....

81/307/K. NIARE F.... 50 ans sexe féminin, ménagère bambara, réside à Bamako.

Adressée par Pr. DUFLC pour néo de l'antre le 30-9-1981.

Histoire de la maladie :

Le début remonte à plus d'un an marqué par :

- douleurs périombilicales à irradiation épigastrique à type de pique de 2 à 3 jours successifs avec une phase d'accalmie de une à 2 semaines.

Depuis un mois- des vomissements bilieux, matinaux.  
asthénie.

Habitude de vie : Ne fume pas ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : mauvais état général, Poids: 53 Kg. TA:12/7. Pouls:100, paleur.

Signes physiques :

- masse épigastrique irrégulière fixe
- nodule sous-cutané au niveau de l'abdomen
- plis cutanés.

T. R. : métastases dans la Douglas.

Signes paracliniques :

Fibroscopie : 11138 du 23-9-1981 : vaste lésion ulcéro-végétante néoplasique de l'antre sterosant remontant à 50 cm. des arcades.

Biologie : GR : 2 900 000 Hb:7,2g. Hte.28 % Groupe O<sup>+</sup>  
VS : 115mm (1ère heure ) 189mm ( 2ème heure )

Histologie post-endoscopique : non parvenue

Compte rendu opératoire : abstention.

Résumé :

- Femme âgée de 50 ans en mauvais état général
- Présentant un cancer de l'estomac avec des métastases cliniques multiples.
- Abstention.

OBSERVATION n°47.-

81/315/K. SISSOKO F.... 70 ans, sexe masculin, cultivateur, Kassoké  
réside à Dianou ( Kayes )

Adressé par Dr. BOUGOUZIE pour lésion infiltrante, végétante de l'antra

Histoire de la maladie :

Le début remonte à 9 mois marqué par :

- des épigastralgies atypiques, non rythmées par les repas  
et irradiant vers le dos.

Pas de notion d'hématémèse ni de méloena.

Traitement médical : Gelusil lacté.

Habitude de vie : Fumait la pipe il y a 2 ans.

Signes généraux : Poids actuel: 47 Kg. Poids max. 66 Kg. il y a un an,  
a maigri de 19 Kg., TA: 13/9 Pouls:104.

Signes physiques :

- Tumeur épigastrique palpable.
  - Multiples adénopathies cervicales
  - T R : tumeur dans le Douglas faisant suspecter des Métastases
- Pas de ganglion de Troisier palpable.

Signes paracliniques :

Fibroscopie n°11077 du 11-9-81 : Stase modérée, lésion infiltrante,  
végétante ulcérée et hémorragique de la région antrale et début du  
fondus circulaire laissant libre la partie haute de l'estomac et  
le pylore ( 4 biopsies).

T G D : non fait

Biologie : R A S

Histologie post-endoscopique :

Carcinome indifférencié ( Marseille )

Traitement : abstention.

- Résumé :

- Homme âgé de 70 ans
- Mauvais état général
- Présentant un cancer de l'antra Gastric très évolué avec  
suspensions de métastases multiples intrapéritonéales.
- Abstention.

OBSERVATION n°48.

81/341/K. TRAGRE D... 58 ans, sexe masculin, cultivateur, Sarakollé  
Adressé par le Médecin , Service gastro-entérologie pour ulcère suspect.

## Histoire de la maladie :

Depuis 2 mois douleurs épigastriques exacerbées par les repas et soulagées par les vomissements.

Depuis 20 jours sensation par le malade d'une boule qui bouge dans l'abdomen après les repas.

Traitement : Gelusil lacté, metanizol, Serum salé et glucosé avec Vit. B<sup>1</sup>  
B<sup>12</sup>, C et priméran pendant un mois à Banamba.

- Phosphalugel , prantal, en gastro-enterologie H.G.T. il y a 1 mois

Habitude de vie : Ne fume pas, ne consomme pas d'alcool.

Signes généraux : Altération de l'état général, cachexie, paleur, déshydratation, Pouls: 140 /mn. TA : 7/?. Poids : 40Kg.

Signes physiques : R A S ( pas de masse épigastrique palpable pas de Troisi  
une déshydratation très importante.

## Signes paracliniques :

Fibroscopie n°11179 : ulcération à bords végétants suspecte de  
l'antre <sup>sup</sup> petite courbure angulaire , stenosant .

T G D : non fait

Biologie : R A S

## Histologie post-endoscopique :

Adenocarcinome invasif.

Compte rendu opératoire : Abstention

Décédé le 25 - 10- 81.

Résumé :

- Homme de 58 ans cachexique ne pouvant même pas se tenir assis.
- Présentant un cancer de l'estomac.
- Abstention.
- Décédé quelques jours après le diagnostic.

OBSERVATION n°49.

81/371/K. DOUMBIA I.....70 ans cultivateur malinké, réside Bamako.

Adressé par le Prof. GUINDO pour ulcère très suspect de la petite courbure 21-10-81.

## Histoire :

Le début remonte à 11 mois marqué par :

- des épigastriques à type de torsion sans rythme particulier avec les repas irradiant vers l'hypochondre
- Anorexie.

Depuis 1 mois, hématemèse minime ( 2 fois )

Traitement pré-opératoire : Prantal, phosphalugel pendant 1 mois entraînant une amélioration.

Habitude de vie : Consomme aliments très chauds, Kola.

Signes généraux : Poids : 50 Poulx - 88 . TA: 12/8 . Taille 1m63- Paleur.

Signes physique : R A S

## Signes paracliniques :

Fibroscopie : 11133 du 8-9-81 ulcère très suspect de la petite courbure sous angulaire ( 5 biopsies)

T G D : non fait

Scopie : pneumopathie du lobe inférieur gauche .

Biologie : GR : 3 310.000 VS 88 mm(1ère heure ) 116mm(2ème heure) groupe et rhésus : B<sup>+</sup>

## Histologie post-endoscopique :

Adénocarcinome ( Marseille )

Compte rendu opératoire : 29-10-81

Diagnostic pré-opératoire : ulcère très suspect

Diagnostic per-opératoire : cancer médiogastrique

Traitement : gastrectomie subtotale anastomose type Péan à visée carcinologique.

Exploration : Médiane sus-ombilicale .

Il existe une tumeur ulcéro-bourgeonnante de 7 cm. de diamètre à la partie terminale de la petite courbure non circonscrite, infiltrant totalement la paroi et adhérant au pancréas, les ganglions coronaire<sup>s</sup> stomachiques paragastrique et à l'origine coronaire stomachique et les ganglions gastro-epiploïques droits sont envahis. Reste de l'exploration R A S.

Intervention : On libère facilement le cancer du pancréas, ligature de la coronaire stomachique à son origine. Section duodenum en zone saine, section stomachique à 2 cm. du cardia en zone saine décollement large du duodenum, anastomose gastro-duodenale type Péan 3 hémisurjets chacun lié à part. Sonde gastrique dans le duodenum, drainage sou hépatique . Fermeture paroi plan par plan . Catgut peternyl agrafes.

Histologie post-opératoire : non parvenue

Suites :

Immédiates : très simples

Résumé :

- Homme de 70 ans en bon état général
- présentant un cancer gastrique
- gastrectomie subtotale à visée carcinologique
- Suites très simples .

OBSERVATION n°50.-

81-380/K. DOUMBIA F... 70 ans sexe féminin, ménagère.

Adressée par Dr. SIDIBE pour néo de l'antre le 21-10-81.

Histoire de la maladie :

- Le début remonte à 7 mois marqué par :
  - des épigastralgies atypiques non rythmées par les aliments
  - ballonnements post-prandiaux.

Traitement : Aucun

Habitude de vie : Chique Tabac, Consomme les aliments très chauds.

Signes généraux : mauvais état général

Signes physiques :

Gros foie douloureux descendant jusqu'à l'ombilic avec des nodules multiples.

Signes paracliniques :

T G D : Image lacunaire de l'antre : 7-10-81.

Fibroscopie : Vaste ulcération, végétante néoplasique circulaire de l'antre ( 3 biopsies).

Histologie post-endoscopique : non parvenue.

Compte rendu opératoire : Abstention.

Résumé :

- Vieille femme de 70 ans en très mauvais état général
- Métastases hépatiques multiples ( très probables )
- Abstention.



TABLEAU n° 1. SEXE - AGE - DUREE D'EVOLUTION CLINIQUE

N°	SEXE	AGE	DUREE EVOLU- TION	TUMEUR EPICAS- TRIQUE	METASTASE CLINIQUE	ETAT GENERAL	SIGNE STENOSE
1.	H.	57 ans	4 mois	0 cm.	0	Bon	-
2.	F.	45 ans	1 mois	0 cm.	Douglas	Bon	+
3.	H.	58 ans	2 à 3 mois	0 cm.	0	Bon	-
4.	H.	55 ans	1 an ?	Palpable	Hépatique	Bon Obèse	+
5.	F.	40 ans	2 ans ?	15 cm.	0	Mauvais	-
6.	H.	58 ans	4 mois	0 cm.	0	Mauvais	-
7.	H.	78 ans	6 mois	Palpable	0	Très mauvais	+
8.	F.	52 ans	5 mois	0 cm.	0	Mauvais	+
9.	H.	40 ans	12 mois	Palpable	0	Mauvais	+
10.	H.	59 ans	8 mois	Palpable	0	Mauvais	+
11.	H.	74 ans	2 mois	Palpable	0	Mauvais	-
12.	F.	51 ans	10 mois	0 cm.	0	Mauvais	+
13.	H.	72 ans	1 mois	0 cm.	0	Mauvais	-

...../.....

TABLEAU n°2. SEXE- AGE DUREE D'EVOLUTION CLINIQUE

N°	SEXE	AGE	DUREE EVOLU- TION	TUPEUR EPICAS- TRIQUE	METASTASE CLINIQUE	ETAT GENERAL	SIGNE STENOSE
14.	H.	38 ans	16ans ???	0 cm.	0	Bon	-
15.	H.	50 ans	2 mois	5 cm.	0	Mauvais	+
16.	H.	44 ans	10 mois	0 cm.	0	Bon	-
17.	F.	27 ans	4 mois	10 cm.	0	Mauvais	++
18.	F.	40 ans	3 mois	Palpable	0	Mauvais	-
19.	H.	42 ans	4 mois	3 cm.	sous-cutané	Mauvais	++
20.	H.	53 ans	6 ans ??	0 cm.	0	Bon	+
21.	H.	31 ans	6 mois	0 cm.	0	Bon	-
22.	F.	40 ans	4 mois	Palpable	0	Mauvais	+
23.	H.	65 ans	7 mois	6 à 7 cm.	0	Mauvais	-
24.	F.	32 ans	1 an ?	Palpable	Troisier	Mauvais	+
25.	F.	60 ans	3 mois	0 cm.	Douglas Sous-cutané	Bon	+
26.	F.	37 ans	5 mois	Palpable	0	Mauvais	-

...../.....

TABLEAU n°3. SEXE - AGE DUREE EVOLUTION CLINIQUE

N°	SEXE	AGE	DUREE EVOLUTION	TUMEUR EPICASTRIQUE	METASTASE CLINIQUE	ETAT GENERAL	SIGNE STENOSE
27.	H.	39 ans	2 mois	0 cm.	0	Bon	-
28.	H.	50 ans	1 an ?	0 cm.	0	Mauvais	+
29.	F.	70 ans	6 mois	Palpable	Hépatique	Mauvais	+
30.	H.	64 ans	7 mois	13 cm.	Troisier Sous-cutané	Très mauvais	+
31.	H.	75 ans	9 mois	0 cm.	0	Bon	-
32.	F.	60 ans	3 semaines	0 cm.	0	Mauvais	+
33.	H.	50 ans	8 mois	Palpable	0	Bon	++
34.	F.	45 ans	7 mois	0 cm.	0	Très mauvais	++
35.	H.	45 ans	1 an ?	0 cm.	0	Bon	-
36.	H.	66 ans	6 mois	0 cm.	0	Mauvais	++
37.	H.	53 ans	1 an ?	6 cm.	0	Très mauvais	-
38.	H.	56 ans	6 mois	16 cm.	Sous-cutané	Mauvais	-
39.	F.	40 ans	2 ans ??	0 cm.	0	Mauvais	++

...../.....

TABLEAU n°4. SEXE - AGE DUREE EVOLUTION-CLINIQUE

N°	SEXE	AGE	DUREE EVOLUTION	TUMEUR EPIGASTRIQUE	METASTASE CLINIQUE	ETAT GENERAL	SIGNE STENOSE
40	F.	60 ans	5 ans ???	0 cm.	0	Mauvais	-
41	H.	55 ans	1 an ?	0 cm.	0	Mauvais	+
42.	H.	30 ans	1 an ?	0 cm.	0	Très mauvais	++
43.	H.	43 ans	1 an ?	0 cm.	0	Bon	-
44.	F.	50 ans	3 ans ??	Palpable	0	Mauvais	-
45.	H.	50 ans	10 ans ???	0 cm.	0	Mauvais	++
46.	H.	50 ans	4 ans ??	Palpable	Douglas Sous-cutanée	Mauvais	++
47.	H.	70 ans	9 mois	Palpable	Douglas Cervicales	Mauvais	++
48.	H.	58 ans	2 mois	0 cm.	0	Très mauvais	-
49.	H.	70 ans	11 mois	0 cm.	0	Bon	-
50.	F.	70 ans	7 mois	Palpable	Hépatique	Mauvais	-

Légendes : H. = Homme . F. = Femme .

++ = Vomissement incoercible (tous les jours plusieurs fois par jour)

+ = Vomissement plusieurs fois non pa tous les jours.

- = Pas de Vomissement.

C O M M E N T A I R E S

## E P I D E M I O L O G I E

### 1. E P I D E M I O L O G I E D E S C R I P T I V E :

1.1. L'âge: Le cancer de l'estomac en pratique est plus fréquent chez les sujets âgés. Le risque carcinogène croît de façon linéaire avec l'âge. Il est multiplié par 10 en passant de 45 à 65 ans et s'accroît au delà pour atteindre une incidence voisine de 200 pour 100 000 à partir de 70 ans chez l'homme en France (8) Mais le potentiel de malignité de la tumeur semble plus grand chez le sujet jeune (172)

D'après notre travail 72 % des malades ont au moins 45 ans, 20 % ont entre 35-45 ans, 8% ont entre 25 à 35 ans. D'après les précédents travaux effectués au Mali on a observé que 68,7 % des malades ont au moins 45 ans (45, 34)

1.2. Le sexe: Le cancer gastrique est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Le sexe ratio (1,5 à 2 H/F) est stable selon les différents pays mais variable selon l'âge (70).

A Dakar en 1977 d'après POKOSI (144) l'homme est atteint 3 fois plus souvent que la femme.

Au Mali sur 120 cas de cancers diagnostiqués 84 étaient des hommes (70%) et 36 femmes (30%) (45, 34). Notre travail confirme ces résultats car on 66 % d'homme pour 34 % de femme.

1.3. Les Facteurs héréditaires : La fréquence du groupe A est plus élevée que celle des autres. Ce caractère est vérifié surtout pour la localisation antrale du cancer (8). D'après MAC CONNELL (99) 71 études effectuées dans le monde entier, 55 montrent une prédominance nette de sujets du groupe A. Cette prédominance du groupe A a été également vérifiée au Mali (45, 34) ZEITOUN et Collaborateurs (199) ont apporté un cas familial: cancer gastrique chez 3 frères.

1.4. Le statut socio-économique : Le risque de cancer gastrique pour les classes sociales les plus pauvres est plus élevé que pour les classes les plus riches.

Au Mali presque tous les malades proviennent d'un milieu défavorisé (45) Selon WYNDER et Collaborateurs (195), les variations de fréquence du cancer en fonction des conditions socio-économiques sont secondaires à des facteurs diététiques.

#### 1.5. Les variations géographiques

##### 1.5.1. A l'échelle internationale :

Les pays à haut risque <sup>sont</sup> : Japon, Chili. Les pays à bas risque : Australie et Nouvelle-Zélande (1)

En Afrique :

Au Congo Brazza le cancer gastrique représente 1,7 % de cas chez l'homme et 0,5% de cas chez les femmes (150)

En Ouganda (176) : l'indice de cancer gastrique est de 5,5/100.000 par an chez l'homme, 2,9/100.000/ an chez la femme.

Au Cameroun ESSOMBA et Collaborateurs (83) n'ont opéré que 2 cancers gastriques contre 239 autres cancers en 1968.

Au Kenya KISA et BURKITT (83) ont opéré 52 cancers en 9 ans soit 16% des cancers opérés.

A Dakar : Le cancer de l'estomac n'est responsable que de 3,63 % des cancers de l'homme 1,4% des cancers de la femme (150)

Au Mali l'indice du cancer gastrique est de 22,2/100.000 par an chez l'homme, 8,3/100.000/ an chez la femme soit en moyenne 15,3/100.000/an (45)

##### 1.5.2. Dans le même pays il existe des variations régionales.

En France : La fréquence du cancer est élevée dans le Finistère ( 8, 79 ) .

TEMPLETON (176) BURKITT et Coll.(24) ont montré le rôle des sols volcaniques en étudiant la répartition ethnique du cancer de l'estomac dans plusieurs pays d'Afrique.

En Tanzanie, HIZA (175) BURKITT et Coll.(24) insistent sur la fréquence du cancer gastrique dans la région du Kilimadjaru.

Au Mali, les études faites uniquement à Bamako n'ont guère montré de différence significative entre les principales ethnies (45, 84 ).

### 1.5.3. L'effet de migration sur les populations :

Les migrants conservent en général les risques de cancer de l'estomac de leur pays d'origine en allant vivre dans leur pays d'accueil, mais après plusieurs générations, le risque évolue en fonction de leur adaptation au milieu. La fréquence du cancer gastrique diminue depuis plusieurs années, au Japon, en Europe et au U.S.A. ( 8 , 79 )

## 2. EPIDEMIOLOGIE CAUSALE

2.1. Les lésions pré-cancéreuses : Le dénominateur commun entre ces différentes lésions est la gastrite chronique (145)

### 2.1.1. L'ulcère chronique

La fréquence de l'ulcère cancérisé varie selon les auteurs de 0 à 20 % ( 30, 117 ). Le diagnostic entre ulcère cancérisé et cancer ulcéroforme est souvent impossible. ( 180 )

2.1.2. La gastrite chronique atrophique : est de loin la plus fréquente (157) et la plus importante. Sur 125 gastrites atrophiques diagnostiquées 5 à 12 ans au paravant, USLAND (181) a fait le diagnostic de cancer chez 18 patients soit trois fois plus que dans une population normale.

### 2.1.3. La maladie de Biermer

Sur 1.600 Bierniens Pettavel ( 142 ) a retrouvé 75 cancers (5%) des cas )

### 2.1.4. La maladie de Ménétrier

### 2.1.5. La polypose gastrique

### 2.1.6. Cancérisation de la hernie hiatale rare.(139 )

...../.....



### 3. Les facteurs de carcinogénèse :

#### 3.1. Le régime alimentaire :

Il semble que le mode de traitement ou de préparation de certains aliments (salage ou fumage de poissons, de viandes de boeuf, conservation des légumes et stockage cuisson) favorise le cancer gastrique ( 9 ) mais par contre, le froid, les agrumes et fruits frais <sup>les vitamines</sup> C et A et les légumes protégeraient contre le cancer gastrique ( 9 )

#### 3.2. Les Nitrosamines :

L'effet carcinogène des nitrosamines a été confirmé par divers auteurs aussi bien chez l'animal (8) que chez l'homme (199).

D'après DACU (45) , , le Mali étant l'un des plus gros producteurs de poisson d'Afrique, on est tenté de faire jouer un grand rôle à la consommation de poisson séché, salé ou fumé, car ces méthodes favorisent la production des nitrosamines.

#### 3.3. L'Aflatoxine :

Il pense également que l'aflatoxine de l'arachide aussi bien que la potasse du "tôt" ( farine de mil) favoriseraient probablement des lésions précancéreuses de l'estomac.

#### 3.4. Les repas chauds :

Pour notre part, nous pensons qu'il faut insister sur le rôle des aliments chauds. En effet les repas sont consommés d'autant plus chauds que la famille est pauvre ( 10 à 20 personnes autour du plat commun qui vient immédiatement de la marmite et c'est au plus rapide de manger la plus grande quantité. Au Japon on a déjà mis l'accent sur le rôle carcinogène des boissons chauds.

.../....

#### 4 . Application de l'Epidémiologie à la Prévention et à la Détection du Cancer gastrique.

##### 4.1. Prévention.

Une prévention efficace du cancer gastrique implique la connaissance précise des facteurs carcinogènes et cocarcinogènes et leur exclusion du régime alimentaire pour toute la population dès la première enfance.

Les mesures préventives doivent tendre à réduire la présence du nitrate dans les aliments à améliorer les conditions de stockage au froid et sur la généralisation de la réfrigération, enrichir les aliments de vitamine C ( agrumes ) . Les aliments chauds doivent être refroidis avant leur consommation.

##### 4.2. Détection.

La détection doit être opérée à un stade précoce pour permettre une thérapeutique efficace :

Les détections de masse chez les sujets asymptomatiques sont appliquées au Japon. Les méthodes de détection doivent être appliquées ici à Banako aux sujets à haut risque ( gastrites chroniques surtout si la muqueuse est atrophiée, polype, maladie, Ménétrier, ulcère chronique même cicatrisé).

Cette méthode de détection et de surveillance repose sur la seule gastroscopie couplée à la biopsie à répéter à intervalles réguliers.

Tout ulcère chronique qui ne régresse pas rapidement sous traitement médical doit être opéré. Il faut faire l'exercice systématique, des polypes gastriques, de la maladie de Ménétrier, traiter les biemerriens.

## SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes initiaux sont souvent vagues et il peut être difficile de fixer leur date de début. Cela explique la fréquence d'une double négligence :

- de la part du malade qui tarde à consulter pour des troubles qui lui paraissent mineures.
- de la part du médecin qui risque de s'en tenir à une prescription symptomatique sans demander les examens nécessaires.

Il n'est pas donc étonnant que 20 à 30 % des malades sont jugés inopérables au stade où le diagnostic est fait ( 60) (94) dans les pays riches.

D'après les travaux récents au Mali en 1977 50 % des malades n'étaient pas opérables ( 45 ), actuellement nous opérons 60 % des malades.

Parmi/ tous nos malades 32 % portés de métastase hépatique clinique per-opératoire, 60 % présentaient une cachexie néoplasique. Ce qui prouve le retard de diagnostic.

1. La Symptomatologie qui motive la première consultation est surtout dominée par les douleurs épigastriques.

Sur quatre malades atteints de cancer de l'estomac, trois se plaignent d'épigastralgies en France 75 % ( 14) au Nigeria 97,6% ( 52 ), au Sénégal 62,5 % ( 144 ) et au Mali 68 % (45) ( 84).

- le plus souvent les douleurs sont peu typiques et d'apparition récente : gêne gastrique en douleurs vraies post-prandiales mal calmées par l'alimentation, régulières ou non, mais sans caractère périodique net.

- D'autres fois la symptomatologie est de type dyspeptique avec un simple inconfort post-prandial mais le seul fait que cette symptomatologie soit d'apparition récente doit attirer l'attention.

- Un syndrome ulcéreux typique avec des épigastralgies post-prandiales rythmées et périodiques peut accompagner l'évolution de certains cancers ulcéreux.

- En cas de cancer superficiel de l'estomac, la symptomatologie douloureuse est assez particulière. Les douleurs épigastriques sont révélatrices de l'affection dans 90 % des cas et sont constantes au moment de l'intervention ( 118). Une fois sur deux, il s'agit d'un syndrome ulcéreux typique, souvent améliorée transitoirement par le traitement médical. Dans les autres cas, il s'agit d'épigastalgies plus atypiques persistant en général malgré le traitement. La longueur de l'évolution est aussi très particulière: sur 41 malades opérés pour un cancer superficiel 28 souffraient depuis plus d'un an dont 7 depuis plus de 10 ans. / <sup>(14)</sup> 34 % de nos malades souffraient depuis plus d'un an. On peut penser que la plupart de ces malades présentaient un ulcère / <sup>qui a</sup> secondairement dégénéré. Une intervention précoce aurait pu éviter cette dégénérescence

## 2. L'amaigrissement est un symptôme fréquent :

D'après les travaux de CRUMB et Collaborateurs (37) 77 % des 123 malades avaient un amaigrissement et dans 45 % de cas cet amaigrissement était supérieur à 10Kg. ( 42) .

En France la fréquence de l'amaigrissement est évalué à 77 % (14,60)

Au Nigeria à 82,5 % ( 52) au Sénégal à 43,7% ( 144 ) . Au Mali en 1977 à 44 % ( 45), en 1980 à 96 % ( 84 )

## 3. Les hémorragies digestives s'extériorisent rarement sous forme d'une hématéme et/ou d'un méloena. Au Mali en 1979, 6,6 % des hémorragies digestives étaient dues au cancer gastrique. <sup>(179)</sup> Beaucoup plus souvent il s'agit d'un saignement occulte, responsable d'une anémie microcytaire. Cette anémie peut être la seule manifestation de la maladie et peut même précéder la perte de poids.

## 4. Les vomissements ne sont pas un signe habituel du cancer de l'estomac sauf en cas de sténose pylorique due à un cancer antral envahissant le pylore. La sténose est le plus souvent un accident tardif dans l'évolution du cancer mais elle peut le révéler ( 14 ) On trouve cette sténose du pylore exceptionnellement en France (14) au Sénégal elle représente 40 % des cas (144) CHABAL 23% (28) au Mali 27 % des cas d'après les précédentes études ( 45 )

quant à nous on trouve 52 % de sténoses. Ce retard de diagnostic n'est nullement du aux Médecins car ceux-ci nous confient 70 % de malades dès la première consultation.

5. Une dysphagie et des régurgitations peuvent apparaître en cas de cancer cardio-tubérositaire qui est habituellement à point de départ gastrique et à extension oesophagienne basse. Elle est rare en France ( 14 ). Elle représente au Nigéria 7 % des cancers gastriques ( 52 ) au Sénégal 3,4 % ( 144 ) au Mali 12 % ( 45 ) . Dans notre travail elle représente 4 % des malades. La tumeur épigastrique est retrouvée tardivement, elle est exceptionnelle dans les pays européens ( 14 ) . CHABAL trouve à Dakar 7 % et POKCSSI 34 % (Dakar), ELIBUTE 42 % au Nigéria (52 ) DAOU 21 % et dans notre travail on trouve 46%.

6. D'autres symptômes sont plus rarement rencontrés

Une fièvre en général peu élevée exceptionnellement isolée.

- Des thrombophlébites migratrices et récidivantes <sup>peuvent</sup> être le premier signe .

La phlébite des veines superficielles de la paroi thoracique est moins exceptionnelle ( 11 )

- Des oedèmes des membres inférieurs en rapport avec une hypoprotéinémie due à une exudation protéique et à une carence d'apport.

- Macanthosis-Nigricans est exceptionnel (168 )

- Neuropathie périphérique

- Des hémorragies et perforations révélatrices sont rares

- Les métastases peuvent révéler le cancer gastrique : au niveau du foie, de ganglion susclaviculaire gauche de Troisier, métastases ovariennes (tumeurs Krükkenberg), ascite. Lors de l'intervention on a trouvé un cancer de l'estomac avec métastase ovarienne de type Krükkenberg. D'après BONFIS et Cobl.

Sur 50 malades ayant des signes cliniques de métastases hépatiques 14 avaient un cancer de l'estomac ( 19 )

(46 )  
7. Le cancer du moignon gastrique : DEBRAY en 1955 le définit par 3  
critères - chronologique (délai minimum 5 an ) histologique (examen de toute  
la pièce d'exérèse ) topographique ( siège à distance de la bouche d'anastomose)  
Il n'a pas de signes cliniques particuliers ( 55 ) . Devant même une symptôma-  
tologie discrète apparue <sup>après</sup> plusieurs années de latence il faut considérer  
jusqu'à preuve de contraire qu'il s'agit d'une tumeur maligne et non d'une  
maladie de "l'estomac opéré " ( 33 ) son incidence varie entre 0,4 à 1,1 %  
(137) ( 138 ) . Le diagnostic repose sur la notion d'intervalle libre et sur  
l'examen endoscopique avec biopsies multiples au voisinage de l'anastomose  
( 124, 58, 133, 158, 50 )

...../.....

## FIBROSCOPIE

La gastroscopie ( 113) constitue un premier temps de l'examen anatomo-pathologique. C'est l'étude des biopsies qu'elle permet qui sera décisive.

Les cancers superficiels sont dépistés plus précocement, grâce à la fibroscopie; de même qu'est plus vite identifiée la malignité éventuellement associée aux ulcères gastriques, la gastrite atrophique. Elle est utilisée au Japon pour la détection de masse. Les études endoscopiques avec biopsies répétées ont abouti à une sanction thérapeutique satisfaisante ( 61 )

Les cancers évolués : Sont observés avec la grande fréquence sous forme de :

- végétation irrégulière revêtue par une muqueuse dépolie, fragile et hémorragique

- ulcération vaste à fond sanieux, à bord surélevé, Ourlé.

- déformation rigide, figée, éventuellement revêtue par des gros plis irréguliers

- Ou association à des degrés divers ces trois aspects, la forme ulcéro-végétante étant la plus commune. 90 % de nos malades présentaient une forme ulcéro-végétante.

Mais la gastroscopie est surtout très utile pour déterminer le type histologique après biopsies. Encore faut-il que les prélèvements soient bien orientés et nombreux.

Les limites de la gastroscopie sont :

- Un volumineux ulcère bénin avec une forte réaction inflammatoire qui risque de paraître suspect

- Les carcinomes infiltrants qui n'offrent pas toujours un aspect évident

- Un cancer végétant qui est susceptible de conserver un aspect bénin en particulier dans le cas des tumeurs à cellules fusiformes en voie de dégénérescence.

- Les gros remaniements inflammatoires des anastomoses gastro-jejunaes qui sont d'interprétation difficile.
- Une hépatosarcome qui n'offre qu'inconstamment l'aspect évocateur d'ulcérations multiples bordées par un bourrelet encéphaloïdes d'hypertrophie caricaturale des plis non attirés par les ulcérations.
- Les prélèvements superficiels qui risquent de ne porter que sur les zones inflammatoires ou nécrosées, sans cellules néoplasiques identifiables, ou de reconnaître une infiltration sous-muqueuse. Parmi nos 50 malades seul 3 cas n'avaient pas une fibroscopie et une biopsie en faveur d'une lésion bénigne.

Règle absolue : ne considérer comme valables que les prélèvements "positif" et ne pas tirer argument de prélèvement "négatif".

Indication :Devant un cancer gastrique radiologiquement certain, la fibroscopie est un geste utile pour la biopsie mais non indispensable, s'il comporte des risques, des difficultés ou des inconvénients.

Par contre l'indication en devient impérieuse lorsque la sériologie fonctionnelle est précise et la radiologie muette ou sujette à discussion.

Une surveillance gastroscopique comportant des biopsies systématiques de la bouche d'anastomose constitue le meilleur moyen de dépister une récidence après gastrectomie pour cancer.

Au Mali et plus précisément à Bamako nous disposons de deux fibroscopie et par conséquent nous pensons que la priorité des examens paracliniques pour le diagnostic doit être donnée à la fibroscopie avec biopsie dirigée si les examens sont positifs il n'est pas indispensable de faire la radiologie, mais celle-ci sert à compléter les insuffisances de la fibroscopie surtout en cas de sténose complète.

#### Cancers superficiels :

Seul l'examen de la pièce d'exérèse permet d'établir que le cancer est superficiel limité à la muqueuse et à la sous-muqueuse.

L'endoscopiste ne saurait préjuger de l'extension en profondeur et porter le diagnostic de cancer superficiel.



Au mieux peut-il espérer avoir identifié le cancer à ce stade lorsque l'aspect correspond, à l'un de ceux décrits dès 1936 par GUTMAN, R A et BERTRAND ( 68 ) étude reprise sur une vaste échelle par l'école japonaise à partir de 1960.

Nous n'avons eu aucun cas.

...../.....

R A D I O L O G I E

D'après BERNADES (15), elle occupe une grande place dans le diagnostic du cancer de l'estomac, elle montre une lésion gastrique dans plus de 95 % des cas.

Mais actuellement à Bamako comme dans beaucoup de pays, cette radiologie a perdu beaucoup d'intérêt depuis l'avènement de la fibroscopie; c'est ainsi que seule 9 de nos malades ont eu un transit gastro-duodenal. Dans tous les cas cet examen a dû être suivi de fibroscopie <sup>dans les cas où</sup> sauf / la fibroscopie a précédé le Transit Gastro-Duodenal, dans ce cas la fibroscopie a trouvé une sténose complète le T G D a permis de mieux étudier cette sténose.

Le cancer gastrique se présente radiologiquement sous trois formes :

- La forme ulcérée qui est de loin la plus fréquente : 2/3 des cas ( 114)
- La forme infiltrante : nous n'avons trouvé qu'un cas sur 50
- La forme végétante la plus rare; Nous n'avons trouvé qu'un cas sur 50

### 1. La forme ulcérée

#### Le cancer ulcéro-végétant de diagnostic évident

Il peut s'agir d'une niche en plateau ou d'une niche de carman, encastrée.

#### Le cancer superficiel de la muqueuse

La meilleure technique pour la mettre en évidence semble être celle de la couche mince vraie comme l'ont préconisée les auteurs allemands ou le double contraste. Il faut noter que le cancer superficiel de l'estomac est la seule lésion de la muqueuse du tube digestif pour laquelle il n'y a pas de correspondance absolue entre l'image radiologique et la vue macroscopique ( 15)

### 2. La forme infiltrante

Il s'agit essentiellement de la limite plastique : c'est un rétrécissement de la lumière du segment atteint transformant l'estomac en un tube rigide plus ou moins étendu.

### 3. La forme végétante :

C'est une forme rare qui se traduit radiologiquement par une lacune.

Le cancer du moignon gastrique est de diagnostic radiologique difficile.

## A N A T O M C - P A T H O L O G I E :

Les études anatomopathologiques ont abouti à la " confirmation scientifique de la découverte des continents inconnus". Elles sont fondamentales, autorisant une prévision de survie avec une certaine fiabilité, permettent une orientation étayée des indications thérapeutiques ( 88 )

### 1. Les carcinomes primitifs :

Ils peuvent siéger dans 60 % au niveau de l'antre, dans 20 % sur la petite courbure verticale et dans 20 % au niveau des autres parties de l'estomac (14) 92 % de nos cas siégeaient sur la petite courbure au niveau de l'antre.

1.1. Les formes typiques : Adénocarcinomes faits de tubes étroits ou de lobules pleins se creusant de cavités. Parfois ce sont des travées plus ou moins courtes ou rubannées.

Les cellules sont cubiques ou cylindro-cubiques basophiles, claires ou spumeuses. Les inclusions mucipares sont fréquentes le stroma est abondant variable souvent inflammatoire.

1.2. Les formes atypiques : elles sont faites de cellules isolées ou plages sans tendance au groupement glandulaire. Les cellules sont souvent muco-sécrétantes contenant une grosse vacuole de mucus qui rejette le noyau en périphérie (aspect en bague à chaton). Quand les cellules sont dépourvues de la muco-sécrétation il peut être difficile de les distinguer des éléments d'un lymphosarcome.

1.3. Les formes métaplasiques : Lieberkuliennes, brunneriennes, et épidermoïdes sont rares. Nous avons un cancer épidermoïde .

1.4. La limite plastique : Il s'agit d'une prolifération atypique mêlée des éléments inflammatoires ( polynucléaires et plasmocytes) dans un stroma scléreux très abondant. La muqueuse peut être détruite par des éléments tumoraux en totalité ou uniquement dans sa partie profonde. 2 malades (4 %) présentaient une limite gastrique .

1.5. Cancer colloïde en galette : La paroi gastrique est épaissie (10 à 20 mm). Il s'agit de vastes ulcérations de mucus dans lequel on trouve quelques cellules tumorales isolées ou groupées en courtes travées, en périphérie des aspects différenciés Liberkühniens. Nous avons 2 cas.

## 2° Les Sarcomes

Les Sarcomes dérivés de tissus conjonctif spécialisés ou non :

Ce sont : Leimyosarcomes - Fibrosarcomes- rarement Schwannomes malins  
Macroscopiquement l'aspect est identique à celui des tumeurs conjonctives bénignes mais plus volumineux, nodulaires et hypervascularisées, adhérant aux organes voisins, avec un aspect hémorragique et nécrotique.

Histologiquement la malignité est basée sur l'abondance des mitoses, l'existence de lacunes vasculaires, l'envahissement régional et les métastases.

3° Les Sarcomes hématogènes : Sont des localisations apparemment primitives ou correspondent à la localisation gastrique d'affection hématologiques diffuses. Ce sont les leucémies, le Waldenstroin, le Hodgkin et surtout les lymphomes non Hodgkiniens ( particulièrement en Afrique le Burkitt ).

Ces différentes maladies sont surtout à traiter médicalement et notamment les lymphomes non Hodgkiens qui ont un meilleur pronostic après une polychimiothérapie antimitotique.

## 4° Essai de classification à visée pronostique

### Classification T N M :

T: Etat de la tumeur      N : état des ganglions. M : métastase

T1: Tumeur intramucuseuse

- ( T2: In-filtration de la musculuse
- ( T3: Infiltration de la sereuse des organes avoisinants
- ( T4: Tumeur étendue infiltrante et surtout limite plastique
- ( N<sup>0</sup>: Absence de ganglions envahis
- N ( N1 : Envahissement des ganglions de la zone de drainage
- ( N2 : Envahissement d'autres aires ganglionnaires.

- M ( M0: Absence de métastase  
 ( M1: Existence de métastase.

- D'après la classification T N M , nous avons

T<sub>1</sub> (0 %), T<sub>2</sub> : 2/50 (4%) , T<sub>3</sub> 26 cas sur 50 soit 52 % . T<sub>4</sub> 2 cas sur 50 soit 4%. Abstentions 20 sur 50 soit 40%.

M+ 22 cas sur 30 opérés ( 73 %)

M+ 16 cas sur 30 opérés (53 %)

FÜSTIMAKI et Collaborateurs en 1972 sur 241 gastrectomisés ont prélevé 8698 ganglions et 25,6 % de ces ganglions étaient envahis .

Voici les formes histologiques que nous avons rencontrées

- Adénocarcinome typique 22 ( 67 %)
- Adénocarcinome atypique : 4 (12 %)
- Adénocarcinome peu différencié : 3 (9 %)
- Linite plastique : 1 ( 3 % )
- Adénocarcinome colloïde 2 (6%)
- Les formes métaplasique 1 ( 3 %)
- Les sarcomes 0 %.

Signalons que 17 malades n'ont pas eu de résultats anatomopathologiques (12 Abstentions, 2 résultats perdus, 3 résultats ininterprétables).

En 1980 à Bamako KONATE (84) a déterminé les formes histologiques suivantes :

- Carcinome glandulaire 56 %
- Carcinome atypique 32 %
- Sarcome 0 %

TRAITEMENTS ET RESULTATS

TRAITEMENT CHIRURGICAL1. Le Matériel Opératoire

Nous opérons dans une salle à éclairage très médiocre.

Nous utilisons 4 champs carrés de un mètre de côté dont une sert pour la table des instruments.

Notre boîte de gastrectomie comprend :

- Une paire de ciseaux de Mayo courbe de longueur moyenne
- Une pince à disséquer avec griffe de longueur moyenne et une autre sans griffe
- 4 pinces hémostatiques de Kelly
- 2 pinces hémostatiques de Bangoláa,
- 1 bistouri électrique,
- 1 écarteur de Gosset de taille moyenne.

Nous ne disposons ni de champs de bordure, ni de champ abdominal ni d'assistant muet, ni d'une table avec billot, ni de valve de Rochard, ni d'Aspirateur.

2. Traitement chirurgical à visée curative

Le taux de résécabilité oscillent entre 40 à 50 % dans les trois récentes décennies est en progression ( 38 )

Comme l'écrit MALAFOSSE ( 101 ) " le but à atteindre est dans toute la mesure du possible, l'extirpation de la tumeur et des relais lymphatiques tributaires. On peut y parvenir par une exérèse de tout ou d'une partie de la paroi gastrique, assortie les curages ganglionnaires pouvant comporter par nécessité anatomique l'élargissement du sacrifice consenti à certains organes ou segments d'organes paragastriques.

2.1. Gastrectomie polaire inférieure : G P I

Dans le cas où nous voulons pratiquer une intervention à visée curative, on pratique une omentectomie plus ou moins totale, une ligature de la gastro-epiploïque gauche, une ligature de la gastro-epiploïde droite à son origine, de "l'artère pylorique" (artère gastrique droite) à son origine, de "l'artère coronaire stomacique" (artère gastrique gauche) à son origine.

Après cela nous sectionnons le duodénum à environ 3 cm du pylore à la hauteur du croisement duodénum avec l'artère pancréatico-duodénale.

Puis nous sectionnons l'estomac selon un trait horizontal partant de la petite courbure à environ 2 cm. du cardia; cette section est précédée par une hémostase des vaisseaux sous muqueux au Catgut (double zéro) ou triple zéro).

Après cela nous refermons partiellement le moignon gastrique. Puis on procède à un décollement retro-duodeno-pancréatique très poussé. Ce geste nous a toujours permis d'effectuer une anastomose gastro-duodénale par des points extra-muqueux.

Nous terminons l'intervention en mettant le bout de la sonde gastrique dans le duodénum et en effectuant un drainage sous hépatique par une lame de Delbet.

La fermeture pariétale se fait plan par plan au Catgut, fil non résolvable.

N.B.: Au début de notre expérience nous faisons la suture digestive au lin par des points extramuqueux simples. Pour cela nous utilisons 10 à 15 bobines de fil. Devant le manque de fil nous avons dû adopter rapidement les anastomoses par des surjets; ainsi au lieu de 10 à 15 bobines, nous n'utilisons pour chaque malade que 2 à 3 bobines.

Il faut signaler que nous n'avons pas d'aiguilles rondes, nous ne disposons que des aiguilles triangulaires qui déchirent très souvent le duodénum.

La G.P.I. n'est applicable qu'aux cancers distaux. Elle ne laisse en place que le 1/3 ou mieux le 1/5 supérieur de l'estomac. Elle est accompagnée par les curages ganglionnaires comme nous l'avons décrit dans la technique.

...../.....



AUTEURS	NOMBRE DE G P I CURATIVE	POURCENTAGE
NOUS	5 ( sur 50 )	10 %
CHABAL	9 ( sur 38 )	23 %
VIARD	59 ( sur 235 )	25 %

Nous avons réalisé cette intervention chez 5 malades sur 50 (10%) Elle s'est toujours terminée par une anastomose gastroduodenale type PEAN (ou BILROTH I). Mais elle peut se terminer par une anastomose gastro-jujunale type FINSTERER (BILROTH II) ou type POLYA

Nous avons toujours réalisé les anastomoses type PEAN car ce type de montage est le plus physiologique. Les anastomoses type FINSTERER et POLYA favorisent beaucoup le dumping syndrome qui est très invalidant quand le malade ne suit pas de régime. Ce qui explique que cette intervention est très mal supportée dans nos pays où le malade ne peut pas suivre le régime de gastrectomie pour des raisons socio-économiques.

Mais nous savons que ces interventions type PEAN peuvent être parfois difficiles quand on a pratiqué une résection gastrique étendue. Nous avons toujours du pallier à cette difficulté grâce à un décollement retro-duodeno-pancréatique: compte tenu de mauvais état général, de la difficulté de réanimation post-opératoire nous n'avons jamais pratiqué de gastrectomie totale, encore moins de gastrectomie totale élargie. La gastrectomie totale entraîne en moyenne une mortalité de 20 % essentiellement par Fistule œsophagienne (66).

La gastrectomie polaire inférieure à visée carcinologique a été réalisée chez 59 malades sur 235 (25% des cas) par VIARD et Collaborateurs en 1981 (32) elle a été réalisée chez 9 malades sur 38 (23% des cas) par CHABAL en 1971 à Dakar. Donc nous voyons nos malades beaucoup plus tard que ces auteurs.

## 2.2. La gastrectomie polaire supérieure

Nous ne l'avons jamais réalisée compte tenu de sa mortalité et de sa morbidité post-opératoire. VIARD et Collaborateurs ( 32 ) l'ont réalisée sur 33 malades sur 235 ( 14 % )

## 2.3. La gastrectomie totale :

Comme nous l'avons déjà dit nous ne l'avons jamais réalisée à Bamako, à cause de sa mortalité, de sa morbidité, de l'état général de nos malades et surtout du manque de moyen de réanimation. Pour les mêmes raisons nous avons jamais pratiqué de gastrectomie totale élargie. VIARD l'a pratiquée dans 81 cas sur 235 soit 34,81 %, CHARAL ( 28 ) dans 1 sur 38 soit 2,63 %.

## 3. Intervention chirurgicale palliative :

Comme le dit MALAFOSSE (10) "le but à atteindre est la survie la moins inconfortable possible des patients dont la tumeur gastrique est "dépassée" chirurgicalement "

Les interventions pratiquées sont :

### 3.1. Les gastrectomies palliatives : G P.

Elles sont surtout utilisées pour les cancers polaires inférieurs qui permettent de réaliser une gastrectomie polaire inférieure sans curage lymphatique. Compte tenu du stade tardif auquel les malades sont vus nous avons surtout pratiqué les gastrectomies polaires inférieures palliatives chez 15 malades sur 50 soit 30 % . VIARD et Coll. ( 32 ) en 1981 ne l'ont effectuée que dans 17 cas sur 235 ( 7 % )

AUTEURS	NOMBRE DE G P	POURCENTAGE
NOUS	15 (sur 50 )	30 %
VIARD	17 (sur 235 )	7 %

### 3.2. Les dérivations internes : D I

Ce sont les gastro(enterostomies, gastro-jejunostomies qui peuvent être transumbilique ou de préférence prémésocolique loin du meso-colon qui est rapidement envahi par un cancer de l'antre.

Nous avons réalisé 5 gastroenterostomies sur 50 ( 10 %) CHERBONNEL en 1969 a pratiqué 15 gastroenterostomies sur 58 (25,5%) ( 31 ) CHABAL à Dakar a effectué en 1971 6 gastroenterostomies sur 38 (16%)

AUTEURS	NOMBRE DE D I	POURCENTAGE
NOUS	5 (sur 50 )	10 %
CHERBONNEL (Dakar 1969)	15 (sur 58 )	25,5%
CHABAL (Dakar 1971 )	6 (sur 38 )	16 %

### 3.3. La gastrostomie : G

Nous considérons que c'est un pas-aller surtout en Afrique où les sondes de gastrostomies sont rapidement bouchées par les aliments qu'on injecte.

Nous ne l'avons réalisée qu'une seule fois.

### 4. La Laparotomie exploratrice : L E

Nous l'avons effectuée chez 3 malades sur 50 (6 %) . D'après la thèse de DAOU ( 45 ) en 1977 le Professeur DEMBELE a pratiqué 3 laparotomies sur 70 (4,28%) CHERBONNEL a fait 10 laparotomies sur 58 (15,50%) à Dakar ( 31 ) en 1969.

POKOSSI (144) a fait 14 % de laparotomie exploratrice en 1977 à Dakar  
 CHABAL ( 28 ) l'a réalisée 4 fois sur 38 ( 10,52 %) en 1971 à Dakar.  
 VIARD ( 32 ) en 1981 a pratiqué 28 laparotomies exploratrices sur 235 (12 %) en France .

AUTEURS	NOMBRE DE L. E.	POURCENTAGE
NOUS	3 ( sur 50 )	6 %
CHERBONNEL ( Dakar 1979 )	10 ( sur 58 )	15,5 %
POKOSSI ( Dakar 1977 )	? ( sur 144 )	14 %
DEMBELE ( Bamako 1977 )	3 ( sur 70 )	5,7 %
CHABAL ( Dakar 1971 )	4 ( sur 38 )	10,52 %
VIARD ( Franca Dijon ) 1981	28 ( sur 235 )	12 %

##### 5. Abstention chirurgicale :

Chez 40 % de nos malades nous nous <sup>souvenas</sup> abstenus de toute intervention soit à cause des métastases cliniquement évidentes, soit à cause de l'état de misère physiologique de certains malades (malades ne pouvant même pas se tenir assis .).

VIARD ( 32 ) n'a que 5,5 % d'abstention chirurgicale en 1981 en France (Dijon) . CHABAL ( 28 ) 3 malades sur 38 en 1971. ( 10,52 % ) en 1971 à Dakar.

En 1977 pour LIMB ( 94 ) aux Etats Unis 20 à 30 % étaient inopérables au moment du diagnostic.

Selon GASTARD 20 à 30 % des malades étaient jugés inopérables ( 60 ) en 1969 en France. Malgré l'avènement de la fibroscopie au Mali, les malades nous arrivent tard, ce qui explique ces abstentions à 40 %. Ajoutons quand même que nous nous abstenons plus facilement que les autres auteurs pour les cancers atteignant le cardia. Si nous avions opéré les cancers atteignant le cardia, il ne nous resterait que 36 % d'abstentions, chiffres qui se rapprochent de certaines statistiques comme celles de GASTARD 1969 et LIMB 1977.

N°	TUMEUR		Méta. gangl. Péritonéale	Méta. Hép. ou Péritonéale	Traitement	Anastomose	Fistule	Survie post- opératoire	Décédé
	Siège	Etat							
1.	P.C. au Cardia	-	-	-	Abstention	-	-	-	-
2.	Antre	T <sub>3</sub> (10cm)	N <sub>1</sub> (H)	M <sub>0</sub>	Gastrect. 2/3 Palliative	PEAN	-	17 mois	-
3.	P.C.	T <sub>3</sub> (15cm)	N ?	M <sub>1</sub> (H)	Gastrect. 2/3 Palliative	P EAN	-	1 an 8 mois	décédé.
4.	Antre	-	-	-	Abstention	-	-	-	décédé.
5.	Antre Corps	T <sub>3</sub> (15cm)	N <sub>1</sub> (Py. G E D CS, H)	M <sub>1</sub> (P)	Gastro-ento- rostomie	-	-	4 mois	décédé.
6.	-	-	-	-	-	-	-	-	décédé
7.	Antre	T <sub>3</sub> (10cm)	N <sub>1</sub> (C S, H R Py. G E D)	M <sub>0</sub>	Gastrectomie 3/4 carcino	-	-	10 jours	décédé
8.	Corps cardia	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>	Laparotomie	-	-	-	décédé
9.	P.C.	-	-	-	Abstention	-	-	-	décédé
10.	Corps Antre	T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub> (C, S)	M <sub>0</sub>	Gastrect. 3/4 Carcinolog.	-	-	1 an	décédé
11.	Fundus	T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub> (CS, Py)	M <sub>0</sub>	Gastrect. subtotale Palliative	PEAN	-	27 mois	Vivant
12.	Corps	T <sub>3</sub> (15cm)	N <sub>1</sub> (CS H Py. (G E D & G))	M <sub>1</sub> (H)	Sonde gatro- stomie	-	-	1 mois 10js	décédé
13.	Antre	-	-	-	Abstention	-	-	-	décédé
14.	Antre	T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub> (G D & G P Ca C S)	M <sub>0</sub>	Gastrect. 4/5 carcinolog.	PEAN	3ème jour	2 ans	Vivant
15.	P.C. Antre	T <sub>3</sub> (5cm/5)	N <sub>1</sub> (G E D & G CS H)	M <sub>0</sub>	Gastrect. 2/3 Palliative	PEAN	-	5 mois	décédé
16.	Antre	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub> ?	M <sub>1</sub> (H)	Gastro-ju- nostomie	-	-	2 mois 10 jours	décédé
17.	-	T <sub>3</sub> (10cm)	N <sub>1</sub> (CS, H, Py G E D & G)	M <sub>1</sub> (H, OD&G)	Gastro-ente- rostomie	-	-	6 mois	décédé

N°	TUMEUR		Stat.	Méta. gangl.		Métat. Hépat.		Traitement	Anastomose	Fistule	Survie post-opératoire	Décédé
	Siège	Etat.		ou péritonéale	Hépat.	Traitement						
18.	Tout l'esto- mac	T <sub>4</sub>		N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>	Laparotomie Explorat.	-	-	-	-	-	décédé
19.	-	-	-	-	-	Abstention	-	-	-	-	1 mois	décédé
20.	P.C.	F <sub>3</sub> (7cm)		N <sub>1</sub> (CS, TO)	M <sub>1</sub> (H)	Gastreect. 2/3 Palliative Laparotomie Explorat.	PEAN	-	-	-	3 mois	décédé
21.	Antre	T <sub>3</sub>		N <sub>0</sub> ?	M <sub>1</sub> (H, P)	-	-	-	-	-	15 jours	décédé
22.	Corps	-		-	-	-	-	-	-	-	-	décédé
23.	Antre corps	T <sub>3</sub> (10cm)		N <sub>1</sub> (T C)	M <sub>1</sub> (H, D, R)	Gastro-ente- roscomie	-	-	-	-	3 mois	décédé
24.	Antre	T <sub>3</sub>		N <sub>1</sub> (C S)	M <sub>1</sub> (H, P)	Gastreect. 2/3 palliative	PEAN	-	-	-	2 ans	Vivant
25.	Antre	-		-	-	Abstention	-	-	-	-	-	-
26.	P.C.	-		-	-	Abstention	-	-	-	-	2 mois	décédé
27.	Tout l'esto- mac	T <sub>4</sub>		N ?	M <sub>1</sub> (P, D)	Laparotomie Explorat.	-	-	-	-	-	décédé
28.	Antre	T <sub>3</sub>		N <sub>1</sub> (H, CS)	M <sub>1</sub> (H)	Gastreect. 2/3 Palliative	PEAN	-	5ème jour	-	3 mois	décédé
29.	Antre	-		-	-	Abstention	-	-	-	-	10 mois	décédé
30.	-	-		-	-	Abstention	-	-	-	-	-	-
31.	P.C.	T <sub>3</sub> (10cm)		N <sub>1</sub> (CS, H, P)	M <sub>1</sub> (H)	Gastreect. 3/4 palliative	PEAN	-	-	-	2 ans	Vivant
32.	Antre	-		-	-	-	-	-	-	-	-	décédé
33.	Antre	T <sub>3</sub>		N <sub>1</sub> (CS, GRD)	M <sub>1</sub> (H)	Gastreect. 3/4 palliative	PEAN	-	-	-	16 mois	Vivant
34.	Antre	T <sub>3</sub>		N <sub>1</sub> (R, CS, G, H, D)	M ?	Gastreect. 4/5 Palliative	PEAN	-	-	-	-	-
35.	Antre	T <sub>2</sub> (5cm)		N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>	Hemi-gastreect. Carcinol.	PEAN	-	-	-	1 an	Vivant
36.	Cardia	-		-	-	Abstention	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 7.- ANATOMO-PATHOLOGIE - TRAITEMENT ET SUITES -

N°	T U M E U R		Méta. Gangl.	Méta. hépat. ou péritonéale	Traitement	Anastomose	Fistule	Survie post- opératoire	Décédé
	Siège	Etat.							
37.	Antre	T <sub>3</sub>	-	-	-	-	-	-	décédé
38.	Antre	-	N <sub>1</sub> (CS, GEG PA, M)	M <sub>1</sub> (P)	Gastro-ente- rostomie	-	-	2 mois	Vivant
39.	Antre	-	-	-	Abstention	-	-	-	décédée
40.	Antre	T <sub>3</sub> (16 cm)	N <sub>1</sub> (PY GEG H, P)	M <sub>0</sub>	Gastrectomie 3/4 carcinur	PEAN	10ème jour Abcès	2 mois	Vivante
41.	Pré-pylori- que	T <sub>3</sub> (8cm)	N <sub>1</sub> (CS, G E D)	M	Gastrect. 3/4 palliative	PEAN	2ème jour	7 jours	décédé.
42.	Angle P.C.	T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub> (CS, RD H G E D)	M <sub>0</sub>	Gastrect. 3/4 curative	PEAN	1er jour	7 jours	décédé
43.	Antre	T <sub>2</sub>	N <sub>1</sub> (CS, RD GED)	M <sub>0</sub>	Gastrect. 3/4 palliative	PEAN	-	2 mois	Vivant
44.	Antre	-	-	-	Abstention	-	-	1 mois	décédé
45.	Antre	T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub> (CS, GED)	M <sub>1</sub> (H)	Gastrect. 3/4 palliative	PEAN	-	1 mois	Vivant
46.	Antre	-	-	-	Abstention	-	-	26 js.	Vivante
47.	Fundus-Antre	-	-	-	Abstention	-	-	26 js.	Vivant
48.	Antre	-	-	-	Abstention	-	-	26 js.	Décédé
49.	P.C.	T <sub>3</sub> (7cm)	N <sub>1</sub> (CS-GED PG)	M <sub>0</sub>	Gastrectomie subtotale curative	PEAN	-	2 jours	Vivant
50	Antre	-	-	-	Abstention	-	-	7 jours	Vivant

Légendes : Métat. Gangl. = Métastase ganglionnaire, Hépat. = Hépatique, H. = H. Explorat. = Exploratrice, Js. = jours

C S = Coronaire Stomachique, Py = Pylorique, P = Péritonéale, R. Py = Rétro-pylorique, P. Ca. = Pré-cave, O = Ovaire  
T. C. = Tronc coeliaque, R. = Rein, P. = Pancréas, P. A. = Pré-aortique, M = Mésentérique, IG = Para-gastrique  
P. C. = Petite Courbure, Carcinolog. = Carcinologique, G. ED & G. = Gastroépiploïque droit et gauche.  
Gastrect. = Gastrectomie.

REANIMATION PRE, PER ET POST-OPERATOIRE

Elle nous pose d'énormes problèmes : compte tenu du fait que nous ne pouvons à aucun moment faire l'alimentation ( ni entérale ni parentérale ) hypercalorique, malgré que 60 % de nos malades sont cachexiques.

Nous n'avons jamais pu donner plus de 2 litres de sérum glucosé isotonique et 500 CC de serum salé à 0,9% à un malade, car les malades doivent acheter tous les produits de la réanimation ( serum glucosé, tubulure, sparadrap )

Or il n'y a pas au Mali de système de remboursement des frais de médicaments pour les malades non fonctionnaires qui représentent une large majorité. Sachant qu'un Ouvrier malien gagne moins de 20 000 F.M./mois, il est évident que celui-ci ne peut pas payer une réanimation de 5 flacons de sérum<sup>/l.</sup> à 1 200 F.M. le flacon pendant 10 jours , soit 60 000 F.M. . Il nous est même arrivé pour ces mêmes raisons économiques de ne perfuser certains malades qu'avec 1 litre de sérum glucosé à 5 % (200 calories ) plus 500 CC de serum salé à 0,9% et ceci pendant quelques jours seulement .

Nous avons institué un traitement antipaludéen systématique pour tous nos malades( quinimax ).

Nous transfusons exceptionnellement nos malades compte tenu du risque d'hépatite virale plus de 11,2% de donneurs de sang ont un antigène Australia positif à Bamako ( 175 ) et de la difficulté d'obtenir du sang.

-----

...../...



TRAITEMENT MEDICAL CARCINOLOGIQUE COMPLEMENTAIRE DE L'ACTE CHIRURGICAL

La polychimiothérapie peut dans certains cas remplacer efficacement l'acte chirurgical notamment dans le lymphomes non Hodgkiniens.

Mais parfois cette polychiothérapie peut aider à faire fondre temporairement des métastases hépatiques que le chirurgien a dû laisser en place après gastrectomie ( 5 , 110 ), tel fut le cas de notre malade n°3 qui a pu survivre 1 an et 8 mois ( 1 an grâce à la chirurgie : mais 8 mois supplémentaires grâce à la polychimiothérapie). Certains auteurs : ( 5, 111, 200 ) de 1961 à 1962 avaient déjà noté une amélioration objective ou subjective, et la stabilisation ou la remontée de la courbe de poids après chimiothérapie

Dans les conditions actuelles on peut espérer l'amélioration des résultats du traitement chirurgical pour cancer gastrique globalement médiocre par l'adjonction à la chirurgie de certaines thérapeutiques complémentaires radiothérapie et ou chimiothérapie ( 39 ). Mais malheureusement actuellement peu d'adénocarcinomes gastriques sont sensibles à la chimio-thérapie disponible sur le marché ou aux moyens physiques dont les Médecins disposent.

...../.....

MORTALITE ET MORBIDITE POST-OPERATOIRE1°) Mortalité :

Nous entendons par mortalité post-opératoire tous les malades qui sont décédés à la suite de fistule digestive ou de toute autre complication chirurgicale mortelle survenue dans le premier mois post-opératoire. Ainsi nous relevons parmi les 20 malades ayant eu une résection 4 décès post-opératoires soit 20 % de mortalité. CHABAL en 1971 à Dakar a eu 5 décès sur 25 résections soit 20 % de décès (28) ESSOMBA ( 53 ) à la même date au Cameroun a eu 2 décès sur 4 résections soit 50 %.

ANGATE d'après CHABAL (28) en Côte d'Ivoire à la même période a enregistré 9 décès sur 24 résections soit 33 %.

AUTEURS AFRICAINS	MORTALITE POST- OPERATOIRE NOMBRE	POURCENTAGE
NOUS (1981)	4 ( sur 20 )	20 %
CHABAL (1971)	5 ( sur 25 )	20 %
ESSOMBA (1971)	2 ( sur 4 )	50 %
ANGATE (1971)	9 ( sur 24 )	33 %

Il y a quelques années l'ensemble des auteurs dans les pays développés trouvaient une mortalité globale toute localisation confondue et toute technique confondue comprise 10 % et 50 % ( 10, 22, 29 , 37 , 62, 72, 77, 103, 127 , 128, 154, 164, 190 )

Dans le cas où ces auteurs font une gastrectomie polaire inférieure ils ont une mortalité opératoire qui oscille entre 5 et 17 % ( 27, 32, 37, 70, 97 , 183).

AUTEURS PAYS DEVELOPPES	MORTALITE APRES G P I	POURCENTAGE
HOERR (1973 ) G.P.I.simples	102 cas	3,9 %
G.P.I.élargies	50 cas	14 %
INBERG (1975 ) (3° Période )	139 cas	7,2 %
WHITE (1975 )	177 cas	4,5 %
LORTAT-JACOB (1975 )	120 cas	16 %
CASSELL (1976)	261 cas	9,5 %
MAILLET (1977)	185 cas	10,2 %
HOLLENDER(1977)	218 cas	10,5 %
G.E.R.C.V.(1977)	268 cas	10 %
COSTELLO (1977 )	?	16 %
FORSTER (1977 )	111 cas	12,5 %

Actuellement dans ces pays, le taux de mortalité globale varie entre 7 et 15 % ( 7, 64, 79, 183)

Au Japon à l'Institut du cancer où le dépistage de masse est bien conduit la mortalité est encore plus basse ( 31 )

## 2°) Morbidité :

Elle se réduit pour nous aux fistules 4 cas sur 25 sutures soit 16 % dont 3 morts. Nous n'avons eu qu'un seul abcès de paroi après gastrectomie malgré l'absence de champs de bordure et malgré l'absence d'utilisation systématique d'antibiotique(ce qui prouve que le contenu gastrique est stéril). Nous n'avons aucune phlébite ( petit nombre de malades ou complication rare en Afrique noire ).

Aucun de nos malades survivants ne présentent de syndrome grave de " petit estomac" ou de dumping syndrome, ceci probablement à cause du montage physiologique que nous pratiquons.

LA SURVIE :1° La survie à un an ou plus :

La survie à distance est très difficile à préciser ( 108 ) Le taux de survie après gastrectomie est en moyenne 40 % dans des grandes séries récentes , tous stades évolutifs et localisations confondues ( 192 ) . Nous avons actuellement 7 malades qui ont une survie à 1 an sur les 20 malades qui ont eu une résection soit 35 % de survie à 1 an.

CHABAL ( 28 ) à Dakar en 1971 trouve 16 % de survie à 1 an. ESSOMBA ( 53 ) à Yaoundé 0 % de survie à 1 an sur les 4 opérés. CHABAL ( 28 ) cite que ANGATE en Côte d'Ivoire en 1964 a eu 3 survie sur 24 à 1 an soit 12,5 % mais 12 de ses malades sont perdus de vue. Il cite encore que GRUET trouve à l'hôpital principal de Dakar , 3 survies sur 21 à 1 an soit 14,20 % mais 3 malades sont perdus de vue. VIARD ( 32 ) à 1 an trouve 33 % de survie actuarielle en 1981 sur 235 malades opérés. Ses chiffres ne sont donc pas comparables aux nôtres qui ne sont pas actuarielle et qui ne contiennent pas les cancers atteignant le cardia.

Il faut signaler que nous avons actuelle<sup>ment</sup> 6 malades vivants à 2 ans sur 20 malades ayant subi une résection (30 %).

Par ailleurs nous avons 4 autres malades qui sont vivants en bonne santé mais qui ont moins d'un an de survie.

2° La survie à 5 ans :

Nos résultats sont précoces, nos malades vivant en bonne santé n'ont pas atteint encore l'âge de 5 ans . Cependant la survie à 5 ans a été précisée par plusieurs auteurs européens ( 14 ) : 17,7% à 41% pour l'ensemble des gastrectomies , 18 à 63 % pour les interventions curatives , 6 à 12 % pour les gastrectomies palliatives, 15 à 57 % pour les gastrectomies polaires inférieure.

A Tokyo le taux de survie après dépistage de masse est bien meilleur que celui des malades dépistés à l'occasion des symptômes. Dans ce dépistage de masse il y a 25 à 50 % des formes curables ( 31 )

## SURVIE A 5 ANS POUR L'ENSEMBLE DES GASTRECTOMIES

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
MAYO CLINIC(1967)	13 210 cas	31,6 %
KAJITANI (1968)	2 689 cas	41 %
14 INSTITUTEUS JAPONAIS ( 1972 )	4 783 cas	39,2 %
HOERER (1973)	407 cas	17,7 %
WHITE (1975)	242 cas	18,6 %
CASSELL (1976)	327 cas	19 %

## SURVIE A 5 ANS APRES GASTRECTOMIES CURATIVES

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
HOERR (1973)	197 cas	36,5 %
HIGGINS (1976)	503 cas	25,1 %
SVENNEVIG (1976)	71 cas	26,8 %
COSTELLO (1977)	?	18 %
G.E.R.C.V.(1977)	264 cas	26,3 %
IMANAGA	995 cas	63,7 %

## SURVIE A 5 ANS APRES GASTRECTOMIES PALLIATIVES

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
COSTELLO (1977)	? cas	6 %
G.R.R.C.V.(1977)	139 cas	3,1 %
IMANAGA (1977)	286 cas	12,2 %

## SURVIE A 5 ANS APRES GASTRECTOMIE POLAIRE INFERIEURE

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
ZACHO (1974)		
G.P.I curatives		57 %
G P I palliatives		15 %
WHITE (1975)	36/177	20,3 %
INBERG (1975)		
- Ensemble	20/77	26 %
- G P I curatives	20/46	43 %
LORTAT-JACOB(1975)	/120	20 %
CASSELL (1976)		
BILLROTH I	25/101	24,8%
BILLROTH II	27/102	26,4%
HOLLENDER (1977)		
Ensemble	36/180	18,4%

LES MALADES PERDUS DE VUE :

Nous avons été chercher les malades à domicile. Sur ce plan nous avons presque entièrement atteint notre objectif, car sur les 20 malades qui ont subi une résection, un seul est perdu de vue. Dans la plupart des statistiques le pourcentage des malades perdus de vue est plus important. A Dakar EHABAL ( 28 ) a perdu de vue 19 malades sur 25 après résection.

Il faut quand même signaler que sur 20 Abstentions, nous n'avons pu avoir des nouvelles que de 9 d'entre eux depuis leur sortie de l'hôpital. Tous ces 9 malades sont morts dans les 6 premiers mois après leur sortie. Nous pensons que les 11 autres malades dont on a pas les nouvelles sont tous morts.

Par ailleurs sur les 9 malades ayant eu une laparatomie exploratrice ou une dérivation simple, nous savons que 6 d'entre eux sont décédés dans les 3 premiers mois après leur sortie et les 3 restants sont perdus de vue.

-----

...../.....

N°	TRAITEMENT	SURVIE
4	Abstention	-
8	Laparotomie	-
9	Abstention	-
12	Sonde de Gastrostomie	1 m. 10 js.
17	Gastro-enterostomie	6 mois
22	Décédé avant l'intervention	-
25	Abstention	-
29	Abstention	10 mois
30	Abstention	-
32	Décédé avant l'intervention.	-
36	Abstention	-
39	Abstention	-
46	Abstention	26 jours vivant

N°	TRAITEMENT	SURVIE
47	Abstention	126 js. vivant
2	Gastrectomie 2/3 Palliative	17 mois
7	Gastrectomie 3/4 Carcinologique	10 jours
10	Gastrectomie 3/4 Carcinologique	1 an
15	Gastrectomie 2/3 Palliative	5 mois
20	Gastrectomie 2/3 Palliative	3 mois
24	Gastrectomie 2/3 Palliative	2 ans vivant
28	Gastrectomie 2/3 Palliative	3 mois
33	Gastrectomie 3/4 Palliative	16 mois vivant
34	Gastrectomie 4/5 Palliative	-
41	Gastrectomie 3/4 Palliative	7 jours
42	Gastrectomie 3/4 Carcinologique	7 jours
45	Gastrectomie 3/4 Palliative	1 mois vivant

Légende : m= mois , js.= jours.

...../.....

## LEUR TRAITEMENT ET SURVIE

N°	TRAITEMENT	SURVIE
22	Décédé avant l'intervention	-
37	Décédé avant l'intervention	-
4	Abstention	-
9	Abstention	-
19	Abstention	1 mois
26	Abstention	2 mois
29	Abstention	10 mois
30	Abstention	-
44	Abstention	-
46	Abstention	26 jours
47	Abstention	26 jours
50	Abstention	7 jours

N°	TRAITEMENT	SURVIE
18	Laparotomie	"
5	Gastro-entérostomie	4 mois
16	Gastro-entérostomie	2mois 10js.
17	Gastro-entérostomie	6 mois
23	Gastre-entérostomie	3 mois
7	Gastrectomie 3/4 carcinologique	10 jours
15	Gastrectomie 3/4 palliative	5 mois
24	Gastrectomie 2/3 palliative	2 ans
33	Gastrectomie 3/4 palliative	16 mois

...../.....



TABIEAU n° 10. MALADES AYANT UNE METASTASE HEPATIQUE OPERATOIRE ET QUI ONT EU QUAND MEME  
UNE RESECTION - ETUDE DE LEUR SURVIE

N°	Siège Métastase Hépatique	Traitement suivi	SURVIE
3	1 Profonde droite n superficielles gauche.	Gastrectomie 2/3 Palliative	1 a 8 mois
20	n droites	Gastrectomie 2/3 Palliative	3 mois
24	Multiples	Gastrectomie 2/3 Palliative	2 ans vivant
28	Droite et Gauche	Gastrectomie 2/3 Palliative	3 mois
31	Droite	Gastrectomie 3/4 Palliative	2 ans vivant
45	Gauche	Gastrectomie 3/5 Palliative	1 mois vivant

FACTEURS DE PRONOSTIC

L'ensemble des auteurs s'accordent à dire qu'un long temps d'évolution est un mauvais pronostic ( 4 , 95 )

De même sont de mauvais pronostic, les cancers du cardia ( pour lesquels même actuellement la mortalité opératoire atteint 20 % et la survie à 5 ans exceptionnelle ), Les cancers indifférenciés, les cancers totalement infiltrants atteignant la sereuse, les cancers ulcéro-bourgeonnants, les cancers ayant donné des métastases, surtout des métastases à d'autres viscères.

Mais les cancers ulcérimorphes et les lymphomes sont de bon pronostic à condition qu'ils soient diagnostiqués et traités très tôt.

Ceci nous permet de dire que presque tous nos malades avaient un mauvais pronostic. 92 % avaient un cancer ulcéro-bourgeonnant, 96 % infiltrant la paroi jusqu'à la sereuse, 73 %<sup>avaient</sup> des adénopathies atteintes, 53 % des métastases hépatiques ou péritonéales.

Les tableaux n° 8 et 9 nous montrent un mauvais pronostic des malades présentant une stenose duodénale, ou une tumeur épigastrique palpable. Mais quand ces malades subissent un exérèse ils peuvent en tirer un bénéfice appréciable.

Quand au tableau n° 10 il nous permet de dire que les petites métastases découvertes lors de la laparotomie ne doivent pas contre-indiquer une résection contrairement à ce que <sup>pense</sup> PYGOTT qui dit que : " Les métastases hépatiques contre indiquent toute exérèse" ( 149 ).

...../.....

R E S U M E

Le cancer gastrique n'est pas rare au Mali. En 2 ans (27 mois) dans le seul service de chirurgie I où les malades sont adressés ou viennent consulter d'eux-mêmes, on a colligé 50 cas. 72 % des malades ont au moins 45 ans, 20 % ont entre 35 à 45 ans, et 6 % entre 25 à 35 ans.

Malgré l'avènement de la fibroscopie, nos malades arrivent tard en chirurgie car ils attendent trop longtemps avant de consulter le Médecin.

C'est ainsi que 34 % de nos malades souffraient depuis un an des douleurs épigastriques, 52 % de Sténoses. La dysphagie est retrouvée chez 4 % des malades. La tumeur épigastrique palpable est retrouvée dans 46 % des cas, 32 % de nos malades présentaient des métastases viscérales.

Nos examens complémentaires reposent essentiellement sur la gastroscopie couplée à la biopsie et partant à l'histologie.

Le Transit Gastro-Duodenal nous semble accessoire pour assurer le diagnostic dans la ville de Banako <sup>ou il</sup> est rarement réalisé et <sup>il</sup> est nécessaire que pour compléter les insuffisance de la gastroscopie (Sténose). Mais en l'absence de matériel de fibroscopie, la radiographie reprend tout son droit.

Nos moyens thérapeutiques (chirurgicaux et médicaux) sont très limités. L'acte chirurgical a constitué le traitement essentiel. Seuls 60 % de nos malades ont été opérés. Nous avons réalisé :

- des interventions chirurgicales à visée curative sous forme de gastrectomie polaire inférieure chez 5 malades seulement sur 50 (10 %)
- des interventions chirurgicales palliatives comme
  - les gastrectomies palliatives sans curage lymphatique chez 15 malades sur 50 soit 30 %. Un seul malade d'entre eux ayant des métastases hépatiques a pu bénéficier d'une polychimiothérapie.

- les dérivations internes dans 10% des cas ( 5 malades sur 50 )
- la gastrostomie a été réalisée une seule fois.
- Laparotomie exploratrice chez 3 malades sur 50 ( 6% ).

Chez 40 % de nos malades nous nous sommes abstenus de toute intervention chirurgicale, à cause de l'atteinte du cardia ou des métastases cliniquement évidentes ou de l'état de misère physiologique du malade.

Parmi les 20 malades ayant bénéficié d'une résection on a eu 4 décès post-opératoires soit 20 % de mortalité.

Nous avons 7 malades qui ont une survie à un an sur 20 malades gastrectomisés ( 35 % ) . Nous avons actuellement 6 malades vivants depuis 2 ans sur les 20 malades qui ont subi une résection (30 %). 4 autres malades sont vivants en bonne santé mais ont une survie inférieure à un an.

Ces résultats sont très satisfaisants par rapport à ceux des autres africains et même par rapport à certains résultats globaux européens. Sur 20 malades ayant eu une résection, un seul est perdu de vue. Même en Europe il est rare de retrouver des nouvelles précises sur autant de malades en post-opératoire. Sur 20 abstentions nous avons retrouvé 9 malades seulement qui sont d'ailleurs tous morts dans les 6 premiers mois après leur sortie.

Parmi les 9 malades qui n'ont eu qu'une laparotomie exploratrice ou une simple dérivation, 6 d'entre eux sont décédés dans les 3 premiers mois après leur sortie et les 3 autres sont perdus de vue.

Compte tenu de ces résultats nous pouvons conclure qu'au Mali :

...../.....

- Il vaut mieux s'abstenir devant :

- 1°) tout cancer de l'estomac présentant une ou des métastases extragastriques cliniquement évidentes.
- 2°) tout sujet présentant une cachexie , ou asthénie l'empêchant de marcher normalement.

- Devant :

Un cancer antral ou nédiogastrique respectant le cardia (sans métastase hépatique macroscopique ou avec métastases hépatiques découvertes lors de l'intervention) on peut pratiquer une gastrectomie des 3/4 ou mieux des 4/5 voire subtotale anastomose gastroduodenale ou gastrojejunale.

- Les surjets ne sont pas à condamner compte tenu de nos moyens économiques
- Les gastroenterostomies et les gastrostomies pour cancer de l'estomac n'ont pas un grand intérêt au Mali.
- Il vaut mieux jusqu'à présent ( en 1981) au Mali éviter les indications de la gastrectomie totale.
- Il faut rechercher une solution pour que l'état prenne en charge le traitement des cancers gastriques chez les indigents. S'ils doivent eux-mêmes supporter tous les frais de réanimation et s'ils n'ont pas les moyens de payer le minimum de réanimation ( ou si leurs parents n'ont pas les moyens ) il vaut mieux s'abstenir. Il faut intensifier la politique de prévention du cancer gastrique. Expliquer aux populations l'intérêt des aliments non chauds , voire froids, exempts de nitrosamine et de potasse ( mais il serait très difficile de faire supprimer la potasse du repas du Malien moyen.
- Faire des fibroscopies devant tout syndrome douloureux épigastrique qui ne disparaît pas définitivement après un mois de traitement médical ( à Bamako on peut même souhaiter que la fibroscopie précède ce test thérapeutique.
- Faire le traitement adéquat de toute lésion bénigne pré-cancéreuse retrouvée en fibroscopie.
- Faire opérer tout ulcère gastrique qui ne disparaît pas définitivement après un mois de traitement médical.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- ACHESON (D.), DOLL (R.)  
Dietary factors in carcinoma of the stomach : a study of 100 cases and 200 controls.  
Gut, 1964, 5 n°2 p/126-131.
- 2.- ADLER (R.H.), FODRIGUEZ (J.);  
The association of hiatus hernia and gastroesophagéal malignacy  
J. Thoracic Sury . 1959, 37, p 553.
- 3.- ALFONSO (A.) ROSEN (P.), GUERRA (G.), FORTNER (J.):  
Adenocarcinoma of the proximal third of the stomach.  
Am. J. burg., 1977, 134, p.326-330.
- 4.- ALLISON (P.R. ):  
Radical total gastrect anyof carcinoma of the stomach.  
Lancet 1963, 1 p: 1014.
- 5.- ANSFIELD (F.J), SCHROEDER(J.M.), CURRERI (A.R. );  
Five years clinical expérience with 5 flu  
J A M A 1962, 181, p:295
- 6.- ARGANARAS (E.), RIGDON (R.H.) :  
Carcinosarcoma of the stomach.  
Gastroenterology. 1963, 44, p: 322.
- 7.- AUDIGIER (J.C. )  
Mortalité par cancer du tube digestif en France (oesophage, estomac, intestin, fectum ) dans deux périodes : 1961-1963 et 1967-1968.  
Thèse méd. Lyon 1973.
- 8.- AUDIGIER (J.C.) et LAMBERT(R.):  
Epidémiologie des cancers du tube digestif .  
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1974 63 p: 431-432.
- 9.- AUDIGIER (J.C.) et LAMBERT (R.)  
Epidémiologie des adénocarcinomes gastriques.  
Rev. Prat. 1978 - 28 n°45 p: 3410.
- 10.- BERRE(J.), LATREILLE (R.), GROULLIER(P.), CARREL (J.F.), BOCCHIO(J.J.), RONZY (J.).  
A propos d'une série de 200 cancers de l'estomac.  
Mém. Acad. Chir. 1967, 93, p: 211.
- 11.- BEL (A.), TETER, GIRRARD (M.):  
Maladie de Mondor et cancer gastrique .  
Arch. , Mal, App. Dig. 1966, 55, p: 242
- 12.- BERG (J.W. ):  
Histological aspects of the relation between gastric adenomatous polyps and gastric cancer ,  
Cancer 1958, 11, p1149
- 13.- BERNADES ( P. )  
Les Sténoses du pylore de l'adulte .  
Rev. Prat. 1971, 21 , p: 2583-2596.



- 14.- BERNADES (P.), MOMBET (J.), POTE (F.)  
Cancer de l'estomac.  
E.M.C. estomac- Intestin Paris 7 - 1975 , 2 , p: 9027 A10 -9028E10
- 15.- BERNADES (P.):  
Les circonstances du diagnostic des cancers gastriques.  
Rev. Prat. 1978, 28 n°45 p: 3422.
16. BERNIER (J.J.)  
Peut-on mesurer l'évolution des cancers digestifs ?  
Arch. Franç. Mal. Appar. Dig., 1973, 62 ,n°2 p: 101-104.
- 17.- BLACK (M.B.), FREEMAN(C.), MORK (T.), HARVEI (S.), CUTLER (S.J.):  
Pronostic significance of microscopics structure of gastric carcinomas and their régional lymph nodes.  
Cancer, 1971, 27, p: 703 - 711.
- 18.- BOCKUS (M.L.) :  
Carcinoma of the stomach.  
In Gastroenterology 1964, W B. Saunders ed., p: 743-801.
19. BONFILS (S.), DEMEULENAERE (L.), BERNADE (F.), et LAURLJSSENS (M.):  
Le diagnostic des métastases cancéreuses hépatiques, peut-il être fait à la "phase utile" In : les tumeurs malignes du foie.  
Masson, édit., Paris, 1963, p: 144-150.
- 20.- BOOTH (J.B.):  
Malignant melanoma of the stomach.  
Brit. J. Surg. 1965, 52, p: 262.
- 21.- BROCKES (V.S.), WATERHOUSE (J.A.H.), POWELL (D.S.):  
Carcinoma of the stomach. A10 year Survey of results and of factors affecting Prognosis.  
Brit. Méd. J. 1965, 1, p: 1577.
- 22.- BUFFIN ( R.P.):  
Résultats de la gastrectomie partielle dans le traitement du cancer de l'estomac (cardia excepté).  
Ann. Chir., 1967, 21 p: 137.
- 23.- BURGESS (J.N.), DOCKERTY (M.B.), and REMINE (W.H.):  
Sarcomatous lesions of the stomach.  
Ann. Surg., 1971, 173, p: 758-766.
- 24.- BURKITT (D.P.), HUTT (M.S.R.) et SLAVIN (G.):  
Clinico-pathological Studies of cancer distribution in Africa.  
Brit. J. Cancer, 1968, 22 p: 1- 6.
- 25.- CAMAIN (R.) et SERAFINO (X ):  
Quelques réflexions sur le problème du cancer dans les territoires de l'ancienne fédération d'A.O.F.  
Cancérologie tropicale, 1960, 1 p: 35-39.
- 26.- CAMAIN (J.), VOVOR (V.M.), DIOUF (B.) et TOURE (P.):  
Les cancers du tube digestif en milieu africain à Dakar.  
Méd. Afr. noire 1971, 18 p: 361-367.

27. CASSELL (P.) and ROBINSON (J.O.):  
Cancer of the stomach: a review of 854 patients.  
Br. J. Surg., 1976, 63, p:603-607.
- 28.- CHABAL (J.), VOVOR (M.V.), DIOUF (B.), TOURE (P.)  
Les cancers du tube digestif en milieu africain à Dakar.  
Méd. Afr. noire 1971, 18 (n°4) p:361-367.
- 29.- CHALNOT (P.):  
Cancer du pôle supérieur de l'estomac.  
Ann. Chir. 1962, 16, 13.
- 30.- CHATELIN (C.L.), DELAVIERRE (Ph.) VAYRE (P.):  
L'ulcère gastrique dégénéré.  
Presse Med. 1966, 74 p: 223.
- 31.- CHERBONNEL (G.), PADONOU (N.) TOURE (P.), NUSSAUME (O.):  
A propos du cancer gastrique en milieu africain à Dakar.  
Bull. Soc. Méd. Afr. noire Lgue Frse. 1969, 14 n°4 p: 704-712.
- 32.- CHEVILLOTTE (P.), CAYOT (M.) FAVRE (J.P.) TRICALOU (D.) VIARD (H.)  
Le cancer de l'estomac. Etude thérapeutique et pronostique à propos d'une  
série chirurgicales de 235 cas.  
Ann. Chir., 1981, 35, n° 1, p:27-32.
- 33.- CHEVILLOT (T.E.P.), CAYOT (M.), FAVRE (J.P.), TRICALOU (D.) VIARD (H.)  
Le cancer du noignon gastrique. A propos de dix observations 235 cas.  
Ann. Chir., 1981, 35, n°6 p: 409-413.
- 34.- CHEVREL (B.) et CHEVREL (J.P.):  
Cancers de l'estomac. In les cancers digestifs.,  
éd., Paris, 1970, B Chevrel et J-P Chevrel. Edition artistique p:25-90.
- 35.- CHRISTODOULPOULOS (J.B.), KLOTZ (A.P.):  
Carcinoid syndrome with primary carcinoid tumor of the stomach.  
Gastroenterology. 1961, 43, p:429.
- 36.- CLAKE (J.J.), CRUZE (K.), FARA (S.E.), LONG-MIREW (P.):  
The natural history and results of surgical therapy for carcinoma of the  
stomach. An analysis of 250 cases.  
Amer. J. Surg. 1961, 102, p:143.
37. COMBEMALE (B.), VANKEMMEL (M.)  
Résultats globaux du traitement chirurgical du cancer de l'estomac.  
Ann. Chir. 1967, 21, p: 127.
- 38.- COMIS (R.L.):  
A brief review of several recent papers in carcinoma of the stomach, Cancer  
therapy evaluation branch.  
N.C.I., Bethesda, 1973
- 39.- COOPERATIVE GROUP FOR CANCER OF THE G.I. TRACT :  
Protocol for controlled trials for the treatment of patients with gastric  
cancer using surgery, radiotherapy and chemotherapy.  
EORTC, Bruxelles, 1975, 40 p: 742.

- 40.- CORREA (P.), HAENSZEL (W), CUELLO(C), TANNEUMBAUM (S.) and ARCHER(M.):  
A model for gastric cancer epidemiology.  
Lancet, 1975, 2, p: 58-60.
41. COSTELLO (C.B.), TAYLOR (T.V.), TORRANCE (B.):  
Personal experience in the surgical management of carcinoma of the stomach.  
Br. J. Surg., 1977, 64, p: 47-51.
- 42.- CRUMB (C.K.), WILLETTS (P.F.) et STEPHENSON (H.E.):  
Gastric cancer : a decrescent malignancy .  
Surgery 1970, 68 n° 2 p: 277-282.
- 43.- DAHLEGREN (H.):  
The afferent loop Syndrome.  
In "the afferent loop syndrome "  
Acta Chir. Scand., suppl. 327, 1964.
- 44.- DAHLGREN(S.) et STENDRAM(U.):  
Acute pancreatitis and hepatic necrosis in the acute afferent loop syndrome.  
A histopathological study in the rat.  
Upsala J. Med. Sc., 1976, 81, p: 61-64.
- 45.- DACU (F.)  
Cancer de l'estomac .  
Thèse Méd. Bamako 1977 - n°99.
- 46.- DEBRAY(Ch.), ROUX (M.), CHEVILLOTTE (R.) SEGAL (S.):  
Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcus.  
Arch. Mal. Appar. dig., 1950, 39, p:702-716.
- 47.- DICUF (A.B.), COURBIL (L.J.), TOURE (P.) CHERBONNEL (G.M.):  
Aspects chirurgicaux des cancers du tube digestif en milieu africain à Dakar  
à propos de 180 cas ).  
Bull. Soc. Gastro-entérol. litt. Médit., 1976, 2, p: 16-29.
- 48.- DOMELLICF (F.), ERIKSON (S.), JANUNGER (K.G.):  
Late precancerous changes and carcinoma of the gastric stamp after Bilioth  
resection .  
Amer.J.Surg., 1976, 115, p: 26-31.
- 49.- DREILING (D.A.), KIRSCHNER (P.A.) et NEMSE (H.):  
Chronic duodenal obstruction : a mecano-vascular étiology of pancreatitis.  
Amer. J. Dyg. Dis, 1960, 5, p: 991
- 50.- EBERLEIN (T.S.), LORENZO (F.J.), WEBSTER(N.W.):  
Gastric carcinoma following operation for peptic ulcer disease.  
Ann. Surg., 1978, 187, p: 251-256.
- 51.- EGGER(C.):  
Les conditions du diagnostic du cancer de l'estomac depuis l'apparition de la  
fibroscopie gastrique : étude de 57 cas.  
Thèse méd. Paris, 1977.
- 52.- ELEBUTE (E.A.), NGU (V.A.): MAIWARING (A.R.) et ERUCHAW (R.)  
Cancer of the stomach.  
West-afr. méd. J., 1963, 12, p:11-17.

- 53.- ESSOMBA (R.), MBOBDA (S.), BELINGA (P.):  
Le cancer à l'hôpital central de Yaoundé .  
Cancérologie tropicale, 1968 4 p: 73-81.
- 54.- FAIVRE (J.), MOULINIER (B.), BERTHEZENE (M.), LES BROS (F.),  
LANBERT (R.):  
Les limites plastiques de l'estomac. Etude de 25 cas.  
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1976, 65, p: 277-285.
- 55.- FEKETE (F.), CLOT (P.), BEN BELKACEM (D.) et LORTAT-JACOB (J.L.):  
Les cancers du moignon gastrique . A propos de 49 cas opérés.  
Méd. Chir. Dig., 1973, 2, p: 97-102.
- 56.- FLOOD (C.A.), WELLS (J.), HARVEY (H.D.):  
Prognosis in cancer of the stomach.  
Amer. J. Dig. Dis. 1962, 7 p: 240.
- 57.- FORSTER (E.), DOUTRE (L.P.):  
Contre ou pour la gastrectomie totale de principe dans le traitement du cancer  
de l'estomac.  
Chirurgie 77 Masson éd. Paris, 1977 p:139-143.
- 58.- FRANCILLON (J.), FOREST (G.), TISSOT (E.), BAUDET (R.), VIGNAL (J.):  
Le cancer de l'estomac après chirurgie de l'ulcère gastro-duodenal. A propos  
de 8 cas.  
Chirurgie, 1977, 103p:157-167.
- 59.- FUJIMAKI (M.), SOGA (S.), WADA (K.), TANI, AIZAWA (O.) KAWAGUCHI (M.),  
ISHIRASHI (K.), MAEDA (M.), KANAI (T.), OMCRI (Y.) MOTC (T.):  
Total gastrectomy for gastric cancer clinical considerations on 431 cases.  
Cancer, 1972, 30, p: 660-664.
- 60.- GASTARD (J.) et LOUSSOUARN (J.):  
Sur quels signes le médecin évoque-t-il le cancer de l'estomac.  
Rev. Prat. 1969 , 19, n°17 p: 2589-2612.
- 61.- GASTARD (J.) et GOSSELIN (M.):  
Complication de l'ulcère gastrique .  
Rev. Prat., 1975, 25, n°27 p: 2145-2155.
- 62.- GILBERSTEN (V.), HOLLENBERG (M.):  
the results of surgery for cancer of the stomach.  
Surg. Gyn. Obst. 1962 , 115 p: 543
- 63.- GILBERSTEN (V.A.):  
Results of treatment of stomach cancer. An appraisal and efforts for more  
extensive surgery and a report of 1983 cases.  
Cancer 1969, 23, p:1305.
- 64.- GIULI (R.), ESTENNE (B.), CLOT (Ph.) FAURE (J.C.), HAY (J.M.),  
RICHARD (C.A.) et LORTAT-JACOB (J.L.):  
Résultats éloignés de 482 interventions dexérèse pour cancer gastrique.  
Valeur de la gastrectomie totale élargie.  
Ann. Chir., 1972, 26, p: 1283-1296.

65. GUISS (L.W.):

Collective review, End results for gastric cancer, 2891 cases.  
Intern. Abstr. Surg. In: Surg. Gyn. Obst., 1951, 93, 313.

66.- GUIVARC'H (M.), MUCUET (A.), MARQUAND (J.) PORTIER(F.):  
La gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac (étude d'une statistique de 300 cas).

Ann. Chir., 1976, 30 n°5, p:385-390.

67.- GUIVARC'H (M.), MOUCHET (A.), MARQUAND (J.), FRAGET (P.)  
Lymphoréticalosarcomes isolés de l'estomac.

Méd.Chir. Dig., 1977, 6, p:337-342.

68.- GUTMANN (R.A.):

Le diagnostic du cancer de l'estomac à la période utile.  
Paris 1956, Doin éd.

69.- GUTTMAN (RA.):

Le cancer à forme de limite plastique. Les syndromes douloureux de la région épigastrique.

Paris, 1947, Doin éd., t.1, p: 447-453.

70.- HAENSZEL(W.) and CORREA (P.):

Developments in the epidemiology of stomach cancer over the past decade.  
Cancer Res. 1975, 35, p : 3452-3459.

71.- HAWLEY (P.R.), WESTERHOL (M.P.) and MORSON (B.D.):  
Pathology and prognosis of carcinoma of the stomach.

Br. J. Surg. , 1970, 57, p: 877-883.

72.- HEALEY (S.), BOTSFORD (T.W.):

Carcinoma of the stomach . Comparative. Study of one hospital's experience  
Amer.J. Surg. 1964, 107 p: 837.

73.- HELL (K.), ROSETTI (P.M.):

Zur prognostischen beurteilung bosartiger magentumoren chirurgische Erfabrungen nirt 1026. Füllen.

Med. Hyg. 1968, 26 p: 781

74.- HERRY (J.G.P);

Etude des schwannomes et de leur dégénérescence maligne. Incidence sur l'exérèse.  
A propos de 72 observations.

Thèse . Méd. Paris, 1961, n°459.

75.- HIGGINS (G.A.), SERLIN, AMADEO (J.H.), Mc. ELMINNEY(J.), KEEHN (J.)  
Gastric cancer: factors in Survival chir Gastroen

Chir. Gastroent(Surg. Gastroen-) 1976, 10, p: 393-398.

76.- HIZA (P.R.):

Malignant disease in Tanzania .

E. Afr. méd. J. 1976, 53 , p:289-295.

77.- HOERR(C.O.):

Carcinoma of the stomach.

Amer. J. Surg. 1961, 101, 284.

- 78.- IMANAGA (H.), NAKAZATO (H.):  
Results of surgery for gastric cancer and effect of adjuvant mitomycin C on cancer recurrence.  
World J. Surg., 1977, 1, p: 213-221
- 79.- INBERG (M.V.), HEINOMEN (R.), RANTAKOKO (V.) & VILKARI (S.J.):  
Surgical treatment of gastric carcinoma. A regional study of 2590 patients over a 27 years Period.  
Arch. Surg., 1975, 110, p: 703-707.
- 80.- JOUANNEAU (P.), MALAFOSSE (M.):  
Les tumeurs carcinoides du tube digestif.  
Masson Edit., Paris, 1971.
- 81.- KATITANI (T.):  
Results of Surgical treatment of gastric carcinoma.  
Gann Monograph. Tokyo, 1968, 3, p: 245-251. Mazured ed.
- 82.- KIDOKORO (T.):  
Frequency of resection, metastasis and five years survival rate of early gastric carcinoma in a Surgical clinic.  
Gann-Monograph. on cancer research. Early gastric cancer, 1971, University-Park Press ed., p: 45-49.
- 83.- KISLA (L.A.), BURKITT (D.P.):  
Cancer pattern at Kaimosi hospital in western Kenya.  
East Afr. med. J., 1968, 45, p: 706-712.
- 84.- KONATE (Y.):  
Contribution à l'étude anatomo-clinique du cancer gastrique à Bamako (à propos de 50 cas).  
Thèse Méd. Bamako 1980 n°198.
- 85.- KOFF (A.), ZEITOUN (P.) et BONFILS (S.):  
Les formes familiales du cancer de l'estomac.  
Arch. Franç. Mal. Appar. Dig. 1967, 56, n°9, p: 827-848.
- 86.- LACROIX (A.), AUCHE (Y.), BERNARD (J.P.), FAIVRE (J.) et DUBARRY (J.J.):  
Expérience décevante du test à la tétracycline dans le diagnostic du cancer de l'estomac.  
Arch., Mal. App. Dig. 1966, 55, p: 715.
- 87.- LAMBERT (R.):  
Chronic gastritis. A critical study of the progressive atrophy of the gastric mucosa.  
Digestion, 1972, 7, p: 83-126.
- 88.- LAMBERT (R.):  
Les bases rationnelles du pronostic du cancer gastrique opéré.  
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1975, 64: 679-696.
- 89.- LAMBLING (A.) et GUILLIARD (J.):  
Les deux formes évolutives du cancer gastrique d'après l'étude de 205 cas de cancers "habituels" et de 50 cas de cancers "au début": cancer à marche rapide et cancer à évolution lente.  
Arch. Franç. Mal. App. Dig., 1948, 37, p: 661-689.

- 90.- LANGMAN (M.J.S.):  
Blood groups and alimentary disorders. In: clinics in gastroenterology, vol:2:3, genetics of gastroenterology. Vol.2:3, genetics of gastrointestinal disorders, Mc Connell R.B.  
Saunders, edit., London, 1973, p: 497-506.
- 91.- LAUREN (P.):  
The two histological main types of gastric carcinoma : diffuse and so-called intestinal type carcinoma.  
Acta pathol. Microbiol. Scand., 1965, 64 A p: 31-49.
- 92.- LIGUCRY (C.), BODIN (F.), CAPELLE (P.), LICHETENSTEIN(H.), CONTE-MARTI(J.) et CONTE (M.):  
Aspects endoscopiques et résultats de la biopsie dans 165 cas de cancer de l'estomac.  
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1972, 61, p: 531-540.
- 93.- LIGUERY(C.), COFFIN (J.C.) et SUAREZ( A.):  
Endoscopie et dépistage précoce du cancer gastrique.  
Ann. Gastroentérol. Hépatol., Paris, 1975, 11, p: 371-381.
- 94.- LIM (B.S.), DENNIS (C.R.), GARDNER (B.) et NEWMAN (J.):  
Analysis of survival versus patient and doctor delay of treatment gastrointestinal cancer.  
Amer.J.Surg. 1974. 127 p: 210-214.
- 95.- LORTAT-JACOB (J.L.), CARHERA (J.P.), MAILLARD(J.N.), RICHARD (C.A.), FEKETE (F.):  
10 ans d'expérience du traitement chirurgical du cancer gastrique 300 cas.  
Ann. Chirurgie 1962, 16 p: 999
- 96.-LORTAT-JACOB(J.L.), GIULI(R.), ESTENNE (B.), CLOT (Ph.)  
Intérêt de la gastrectomie totale pour le traitement des cancers de l'estomac  
Etude de 402 interventions ricales.  
Chirurg. 1975, 101, p: 59-67.
- 97.- LORTAT-JACOB (J.L.), MAILLET(P.), HOLLENDER(L.F.), GUIVARC'H M.), GOUTALLIER (P.), JACQUILLAT (C.), GIULI (R.), BASCHET(C.):  
Traitement des cancers de l'estomac.  
Chirurgie 77. Masson édit. Paris, 1977, p: 87-98.
- 98.- LUMPKIN(W.), CROW(R.L.), HERNANDEZ (C.M.), COHN(I.):  
Carcinoma of the stomach Review of 1035 cases.  
Ann. Surg. 1964, 159, p: 919
- 99.- Mc CONNELL (R.B.):  
Genetic aspects of gastrointestinal cancer in. P. Sherlock and cancer of the G.I. tract, clinics ingastroenterolgy, 1976, 5, n°3 p: 487-490.
- 100.- MAINETTI(J.M.):  
Cancer gastrico. Diagnostico y tratamiento.  
Fanetti, Buenos Aires 1967
- 101.- MALAFOSSE (M.), LEGROS (A.):  
Traitement et pronostic des adénocarcinomes gastriques.  
Rev. Prat. 1978, 28 n°45 p: 3485

- 102.- MARSHALL (S.F.), ADAMSON :  
Carcinoma of the stomach . follow up results in a serie of 1708 patients .  
Surg. Clin. North. America 1959, 39, p: 703.
- 103.- MARUTA (K.), SHIDA (H.):  
Some factors which influence prognosis after surgery for advanced gastric cancer.  
Ann. Surg. 1968, 167 p: 313.
- 104.- MATSUDO (H.), HODGKIN (N.M.) et TANAKA (A.):  
Sapanese gastric cancer. Potentially carcinogenic silicates  
(talc) from rice.  
Arch. Path. (Chicago), 1974, 97 p: 366-368.
- 105.- Mc DONADE (I.):  
Biological predeterminism in human cancer .  
Surg. Gynecol. Obstet., 1951, 92 p: 443.
- 106.- Mc NEER (B.) and PACK (G.T.):  
Neoplasms of the stomach.  
London, 1967, lipincott ed.
- 107.- Mc. NEER (G.), LAWRENCE (W.Jr.), ASHLEY (M.P.), PACK (G.T.):  
End results in the treatment of gastric cancer.  
Surgery 1958, 43; 879.
- 108.- Mc NEER (G.), BOWDEN(L.), BOOHER (R.J.), and Mc PEAK (C.J.):  
Elective total gastrectomy for cancer of the stomach.  
Ann. Surg., 1974, 180, p: 252-256.
- 109.- MENYE (P.A.), et FOULIQUEN (J.):  
Problèmes thérapeutiques du cancer en Afrique noire.  
Méd. Afr. noire, 1971, 18, p: 615.
- 110.- MITTY (W.F.Jr.) ROUSSELOT(L.M.), GRACE (W.J.):  
Carcinoma of the stomach.  
Amer. J. Dig. Dis. 1960, 5, p: 249.
- 111.- MOERTEL (C.G.), CHILD(S.), REITEMEIER (R.J.), COLBY(M.Y.), HOLBROOK(M.)  
Combined 5 Fu and supervoltage radiation therapy of locally, un resectable gastro-  
intestinal cancer.  
Lancet 1962, 2, p: 865.
- 112.- MOERTEL (C.G.), REITEMEIER (R.J.):  
Chemotherapy of gastrointestinal cancer,  
Surg. Clin. N. Amer. 1967, 47 p: 929.
- 113.- MOLAS (G.) et POEY (F.):  
Intérêt de la biopsie gastrique sous fibroscopie pour le dépistage des  
formes superficielles du cancer de l'estomac. Bilan de deux ans de Pratique.  
Gastroenterol. Clin. Biol., 1978, à paraître.
- 114.- MOLINIE (C.) et LAVERDANT (C.H.):  
Gastrosopie dans les cancers de l'estomac.  
Rev. Prat. 1978, 28, n°45, p: 3449.
- 115.- MOMBET (J.):  
Radiologie dans les cancers de l'estomac.  
Rev. Prat. 1978, 28, n°45 p: 3331 -3445



- 116.- MONAFOXIN.), KAUSE (C.), GUERRA -MEDINA(J.):  
Carcinoma of the stomach.  
Arch. of Surg. 1962, 85 p:754.
- 117.- MONGES (H.), PAYSAN(H.), BONNEAU (H.) SAINT PIERRE (A.):  
Note sur la fréquence de la cancérisation de l'ulcère gastrique d'après l'étude histologique de 776 cas d'ulcère gastrique.  
Arch. Mal. App. Dig. 1960, 49, p: 651
- 118.- MOREAUX (J.) MARTIN (E.), MOMBET(J.), HUSSET (P.) et BLOCH (P.)  
Cancer superficiel de l'estomac à propose de 41 cas.  
Arch. Franç. Appar. Dig. 1972, 61p: 711-724.
- 119.- MOREAUX (J.):  
Cancer de l'estomac .  
E.M.C. Estomac-intestin Paris 1975 2 p: 9028 D10
- 120.- MORGENSTERN (L.); YAMAKAWA (T.), SELTZER(D.):  
Carcinoma of the gastric stump .  
An.J.Surg.,1973, 125, p:29-38.
- 121.- MORRISSEY (K.), SOCKCHOE(E.), GRAY(G.F.), THORBJARNARSON(B.):  
Muscular tumors of the stomach, clinical and pathological study of 113 cases.  
Ann. Surg., 1973, 178, p: 148-155.
- 122.- MOUCHE (T.) MARCHAOUAND (J.) GAMEY (M.), CARGIN(J.P.) et CHATIGNOUX(G)  
Etude statistique intégrale de 324 cancers de l'estomac opérés ( 208 exérèses dont 144 gastrectomies subtotaales).  
Aca. Chir. 1959, 85, p:30-31, p: 781.
- 123.- MOUCHET (A.): MARQUAND (J.), GUIVARC'H ; DELFAU (S.):  
Les gastro-colectomies pour cancer . Etude de 41 observations.  
Ann.Chir., 1968, 22, p: 329-335.
- 124.- MOULINER (B.), LAMBERT (R.), GRENIER -BOLEY (Ph.), RUET (D.),  
TRUCHOT (R.):  
Etude endoscopique du cancer gastrique après gastrectomie du cancer gastrique pour ulcère.  
Ann. Gastroentérol.Hépatol. 1973, 2 , p: 359-366.
- 125.- MOURCT (J.):  
Les cancers primitifs du moignon gastrique après gastrectomie.  
Thèse Paris, 1976. Faculté Pitié Salpêtrière.
- 126.- MURET (G.):  
Aspect chirurgical des tumeurs malignes à Brazzaville.  
Méd. Afr. noire 1971-18, n°6 p: 565-568.
- 127.- MUTU (M.), MAKI (T.), MAJIMA(S), YAMAGUCHI (I.):  
Improvement In the end results of surgical treatment of gastric cancer.  
Surgery 1968 , 63, p: 229.
- 128.- NADLER (S.):  
Gastric carcinoma.  
Surgery 1964, 56, p: 334.
- 129.- NAGAYC(T.):  
Histological diagnosis of biopsied gastric mucosae with special reference to that of borderline lesions.  
In Gann monograph on cancer research early gastric cancer 1971, university Park Press. p: 245-256.

- 130.- NAGAYO (T.):  
Microscopical cancer of the stomach. A study on histogenesis of gastric carcinoma.  
Int.J. cancer, 1975, 16, p: 52-60.
- 131.- NELSON (R.S.):  
Malignant tumors of the stomach other than carcinoma.  
In Gastroenterology. Bockus, ed. Philadelphia, 1974, Saunders, 1, p:998-1017
- 132.- NEYRAUD (C.):  
Les Schwannomes de l'estomac.  
Thèse méd., Paris 1938, n°688.
- 133.- NICOT (J.P.):  
Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère dans une population de 450.000 Hts.  
Thèse Méd. Dijon, 1979 n°123.
- 134.- NOTRY (J.P.):  
Etude comparative des gastrectomies pour cancer à travers une série de 177 cas réalisés en 10 ans dans le service du professeur G. GUILLEMIN.  
Thès. méd., Lyon 1978 n°131.
- 135.- NUSSBAUMER (A.):  
A propos de l'ulcère gastrique cancérisé. Etude de 39 cas.  
Ann. Chir. 1961, 55 p: 1277.
- 136.- OCHSNER(S.), OCHSNE(A.):  
Sarcoma of the stomach, Analysis of 17 cases.  
Ann. Surg. 1955, 142, p: 804.
- 137.- ORRINGER (D.):  
Carcinoma of the stomach following . Surgery for chronic duodenal ulcer.  
Surg. 1950, 28, p:680.
- 138.- PACK(G.T.), BANNER (R.L.):  
The late development of gastric cancer after gastroenterostomy and gastrectomy for peptic ulcer and benign pyloric stenosis.  
Surg. 1958, 44, p: 1024.
- 139.- PATTONSON (J.N.), OSBORNE (G.), MORSON (A.C.):  
Hiatus hernia with adenocarcinoma arising in the region of cardia.  
J.Fac. radiologists 1955, 7, 1
140. PERLEMUYER (L.), WALIGORA (J.):  
Cahiers d'Anatomie- Paris.  
Masson et Cie., 1964 et 1975, 2:p: 84 , ill.
- 141.- PERRYŦ(P.):  
Post-gastreonomy proximal jejunal loop obstruction simulating acute pancreatitis  
Ann. Surg., 1954, 149, p:110
- 142.- PETTAVEL (J.), JEANNET (E.):  
Polypose gastrique anémie de Biermer et cancer de l'estomac.  
Gastro-enterologia 1962, 98, p: 170

- 143.- PIPER (J.), GRIFFITHS (M.), IRVING (L.G.), FENTON(B.H.):  
Value of B-glucuronidase activity in gastric juice  
In gastro-enterology 1966, 51, p: 172.
- 144.- POKOSI (E.L.P.):  
Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des cancers de l'estomac, chez le noir africain ( à propos de 144 cas )  
Thèse Méd. Dakar 1977 n°14.
- 145.- POTET (F.):  
Le diagnostic du cancer gastrique à la période utile en 1977.  
Concours méd., 1977, 99, p: 2434-2479.
- 146.- POTET (F.) et LAMBLING (A.):  
Etude anatomique du cancer superficiel de l'estomac localisé à la muqueuse.  
Arch. Anat. Pathol., 1962, 10, p: 277-284.
- 147.- POTET (F.):  
Histopathologie du tube digestif.  
Paris 1974, Masson ed., 1, p: 73-87.
- 148.- POTET (F.):  
"Early gastric carcinoma " cancer gastrique au début ? cancer superficiel de l'estomac ? . Le problème de son dépistage précoce.  
Gastroenterol. Clin. Biol. , 1977, 1 , p: 313-318.
- 149.- PYCOTT (F.):  
Long survival after carcinoma of the stomach.  
GUT 1964, 5 p: 118.
- 150.- QUENUM(C.) CAMAIN (R.) et BAYLET (R.):  
Epidémiologie et pathologie géographique du cancer en Afrique.  
Méd. Afr. noire, 1971, 18 n°3 p: 165.
- 151.- RANSON (H.K.):  
Cancer of the stomach.  
Surg. Gyn. Obst. 1953, 96, p: 275
- 152.- RIBET (M.), QUANDALLE (P.), WURTZ(A.), HENRIET (P.), LAMELIN(J.C.):  
Le cancer cylindrique du cardia: un défi aux médecins et aux chirurgiens  
Lille méd., 1975, 20, p: 617-620
- 153.- RITCHIE (W.S.Jr):  
Bile acids, the " barrier ", and reflux related clinical disorders of the gastric mucosa.  
Surgery, 1977, 82, p: 192-200.
- 154.- ROUVIERE (H.)  
Anatomie Humaine descriptive et topographie.  
Masson et Cie Paris 1970 t.2.
- 155.- ROUX (M.) VAYRE (P.), LASSAU (J.P.), CHEVALLARD (A.)  
Une série de 100 cancers de l'estomac opérés avec un recul de 5 ans.  
Commentaires et réflexions.  
J.Chir., 1971, 101, p:377-388

156. ROXBURGH (R.A.):  
The case for total gastrectomy in multiple polyposis of the stomach.  
GUT 1962, 3 p: 224.
157. RUBARY (J.), FIEVEZ (C.), MAJOIS (J.), JANSSEN(A.):  
Le cancer superficiel de l'estomac ou early gastric carcinoma.  
Acta gastroenterol. Belg., 1973-36, p: 356-471.
158. SAEGESSER (M.) TABKZIAN (M.):  
Tumeurs malignes de l'estomac préalablement opéré pour une maladie ulcéreuse gastro-duodénal bénigne ou prétendue telle.  
Chirurgie, 1977,103, p: 730-746.
- 159.- SAKITA (T.):  
Endoscopy in the diagnosis of early ulcer cancer.  
Clin. Gastroenterol., 1973, 2, p: 345-360.
- 160.- SANKALE (M.), DIOP (B.), SOU (A.M.): COLY (D.), et BAO (G.):  
Place de la gastro-entérologie dans un service de médecine interne en Afrique noire.  
Communication au congrès de Gastro-entérologie Dakar, Décembre 1975.
- 161.- SANKALE (M.), SOU (A.M.), AGBETRA (M.A.), COLY (D.), DUPUY-DCURREAU  
Le cancer de l'estomac dans un service de médecine interne en Afrique noire à propos de 40 cas observés à Dakar.  
Méd. Afr. noire 78, 25 n°3 p: 166-171.
- 162.- SCHINDLER (R.):  
Gastric carcinoma and gastritis. With reference to coexistence of carcinoma and chronic hypertrophie glandular gastritis.  
Amer. J. Dig. 1965, 10, p:607
- 163.- SERAFING(X.) et MENYE (P.A.):  
Vilan sommaire de la chirurgie des cancers au cours des dernières années.  
Bull. Soc. Méd. Afr. noire lang. franç. , 1963, 8, p: 253.
- 164.- SHAHON(D.N.), HOROWITZ(Z.) KELLY (W.D.):  
Cancer of the stomach, An analysis of 1 152 cases.  
Surgery 1956, 39, p:204.
- 165.- SI-CHU-MING  
Gastric Carcinoma . A pathological classification.  
Cancer, 1977, 39 p: 2475-2485.
- 166.- SIMAGA (D.), MENYE (P.A.) et SANGU (A.):  
Le cancer de l'estomac au Sénégal.  
Bull. Soc méd. Afr. noire, langue franç. 1971, 16, 3, p: 366-368.
- 167.- SIURALA (M.) KEKKI (M.), VARIS (K.), ISKOSKI (M.), IHAMAKI(T.) an LEHTOLA (J.):  
The possibilities to improve the prognosis of gastric carcinoma .  
Med. Chir. Dig. 1974, 3 p: 153-158.
- 168.- SNEDDON (I.B.), ROBERTS (J.G.M.):  
An incomplete form of acanthosis nigricans .  
GUT 1962, 3, p: 269.

- 169.- STALBERG and TAKSDAL (S.):  
Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions,  
Lancet, 1971, 2, p:1175-1177.
- 170.- STENSRUD (N.):  
Late results after total gastrectomy for high gastric carcinoma.  
Ann. Surg. 1959, 150:63.
- 171.- STERN (J.L.), DENMAN(S.), ELIAS (E.G.), DIDOLKAR (M.), HOLYOKE (E.D.)  
Evaluation of palliative resection in advanced carcinoma of the stomach.  
Surgery, 1975, 77, p:291-298.
- 172.- STOCK (F.):  
Carcinoma of the stomach in young patients .  
Lancet 1963, 1, p: 805.
- 173.- STOUT (P.):  
Superficial type of carcinoma of the stomach.  
Arch. Surg., 1952, 44, p: 651.
- 174.- SVENNING (J.L.), NYSTE (D.A.)  
Carcinoma of the stomach. Aten years Material chirogastroent.  
Surg. Gastroent. 1976, 10 p: 399-402.
- 175.- TANGARA (A.)  
Contribution à l'étude du portage de l'antigène HbS chez les porteurs apparemment  
sains au Mali.  
Mém. Pharm. Bamako, 1980, n°204.
- 176.- TEMPLETON (A.C.):  
Tumors of the stomach, in Tumors in a tropical contry.  
Berlin, 1973, Springer Verlag édit.
- 177.- TERADA (M.)  
The evaluation of R-2 operation of early gastric carcinoma.  
Chir.Gastroent.(Surg. Gastroent), 1976, 10, p: 399-400.
- 178.- TESTUT(L.), LATARJET(A.):  
Anatomie humaine appareil de la digestion .  
Paris Doyn G & Cie. , 1949, 754 p: ill
- 179.- TOURE (H.):  
Intérêt de la fibroscopie dans les hémorragies digestives au Mali.  
Thèse méd. Bamako 1979 n°9.
- 180.- TSCHANIZ (P.), WEBER (M.):  
Étude de 333 cancers gastriques.  
Schm. Med. Woch. 1969, 99, : 10
- 181.- USLAND (O.):  
Ueber der bedeutung der chronischen gastritis fuer der Entwicklung der Magenkre-  
bse.  
Acta Chir. Scand. 1935, 76, p: 485.
- 182.- VAN WAMGEN (R.G.A. ) et LINSCHOTTEN (H.):  
Distribution of A B O an rhesus blood groups in patients with gastric carcinoma,  
with reference to its Site of origin.  
Gastroenterology, 1973, 65, n°6 p: 877-883

183.- VIARD (H.) FAVRE (J.P.), VERAIN (Ch.), CHEVILLON (Ch.)  
L'antréctomie suivie de gastro-entérostomie en Y dans le traitement de  
l'oesophagite peptique après oeso-gastrectomie polaire supérieure,  
Rev. franç. Gastro-entérol 1978, 142, p: 83+90

184.- VOINCHET (G.), YOSHII (Y.); PROLLA (J.) et KISNER (J.B.):  
Rôle de l'endoscopie dans le diagnostic des tumeurs intramurales de l'estomac.  
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1973, 62, p: 385-392.

185.- WALK (K):  
Villous tumor of the stomach : clinical review and report of 2 cases.  
Arch. Int. Méd. 1951, 87, p: 560.

186.- WARMOES (F.), VANDENEYNDÉ (P.), BUISSERET (E.):  
Etude de la survie éloignée après gastrectomie pour cancer.  
Acta gastroenter. Belg. 1962, 25-p: 308.

187.- WATANABE (H.) ENJOJI (M.), IMAL (T.):  
Gastric carcinoma with lymphoid stroma , its morphologic characteristics and  
prognostic correlations.  
Cancer, 1976, 38, p: 232-243.

188.- WATERHOUSE (J.A.N.), MUIR (C.S.) CORREA (P.) et POWELL (J.)  
Cancer incidence in five continents .  
I A R C ( O.M.S. ) édit, Lyon 1976, 3.

189.- WEIS-BURGER (J.H.) and RAINERS (R.):  
Dietary factors and the etiology of gastric cancer.  
Cancer Res. 1975, 35 p: 3463-3474

190.- WELCH (C.E.), WILKINS (E.W.Jr.):  
Carcinoma of the stomach.  
Ann. Surg. 1958, 148, p: 666

191.- WHITE (R.R.), MACKIE (J.A.), and (FITZIS (W.T.):  
An analysis of twenty years experience with operations for carcinoma of the  
stomach.  
Ann. Surg., 1975, 181, p: 611-615.

192.- WHO :  
International reference center to evaluate methods of diagnosis and treatment  
of stomach cancer. Report of the meeting, septembre 1972.  
Tokyo, 1972, National Cancer Center ed.

193.- WILLEMS (G.) et BLEIBERG (P.):  
Anomalies de la synthèse d'A D N et de la vitesse de prolifération dans la  
gastrite atrophique chez l'homme (abstraction ).  
Arch. Fr. Mal. App. Dig. , 1976, 65, p: 174.

194.- WOGLIAMS (R.), BARRATT (P.J.), ORWELLE (R.L.) and PIPER (D.W.):  
DH isoenzyme pattern of uninvol ved gastric mucosa of patients with gastric  
carcinoma and benign disease.  
Digestion, 1976, 14, p: 20-28.

195.- WYNDER (E.L.) REDEYBS (M.C.), COY (G.D.) WEISBURGER (J.H.) et  
WILLIAMS ( )  
Diet and gastro intestinal cancer in P sherlock and N Zancheck: cancer of the  
G I trac, clinics.  
Gastro enterology, Sept. 1976, p.2.

196.- YAMAGATA (S.) et MASUDA (H):  
Clinical study on early gastric cancer.  
J. Clin. Dig. Dis., 1964, 6, p:4-10

...../.....

197.- ZACHO (A.), CEDERQVIST (C.) and FISCHERMAN (K.):  
Surgical treatment of gastric malignancies.

Ann. Surg., 1974, 179, p: 94-10

198.- ZACHO (A.), NIELSEN (J.), CADERQVIST (C.), ADDI (E.):  
La gastrectomie totale dans le traitement du cancer de l'estomac .

Ann.Chir. 1977, 31p:856-865.

199.- ZEITCUN (P.), KOPF (A.), CRESENCI (C.) et BONFILS (S.)  
Cancer de l'estomac chez trois frères : problèmes posés par l'atrophie complète  
de la muqueuse gastrique.

Arch. Franç. Mal Appar. Dig., 1966, 55, p: 923.

200.- ZUBROD (C.G.)  
Effects of 5 Fu and 5 Fu D R on gastrointestinal cancer.

JAMA 1961, 178, p: 832.

-----

- S O M M A I R E -

Pages

I.- INTRODUCTION ET OBJECTIFS DU TRAVAIL..... 1

II.- RAPPEL..... 3

    1°) Historique..... 4

    2°) Bases Anatomiques..... 6

III.- NOS OBSERVATIONS..... 12

IV.- COMMENTAIRES..... 85

    1°) Epidémiologie..... 86

    2°) Symptomatologie..... 91

    3°) Fibroscopie..... 95

    4°) Radiologie..... 98

    5°) Anatomico-Pathologie..... 99

V.- TRAITEMENTS ET RESULTATS..... 102

    1°) Traitement Chirurgical..... 103

    2°) Réanimation pré, per et post-opératoire..... 112

    3°) Traitement carcinologique et complémentaire de l'acte  
        chirurgical..... 113

    4°) Mortalité et Morbidité post-opératoire..... 114

    5°) La survie..... 116

    6°) Les malades perdus de vue..... 118

    7°) Facteurs <sup>de</sup> pronostic..... 122

VI.- R E S U M E ..... 123

VII.- B I B L I O G R A P H I E ..... 127

-----

-----

-----

-----



- S E R M E N T     D ' H I P P O C R A T E -

---

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes frères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je ne parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

-----  
-----  
-----