

**CANCER GASTRIQUE ET HELICOBACTER PYLORI :
QU'EN EST- IL DU CENTRE D'ENDOSCOPIE DU SERVICE DE MEDECINE DU CHU DE
TREICHVILLE A ABIDJAN**

*HELICOBACTER PYLORI AND GASTRIC CANCER : WHAT ABOUT ENDOSCOPIC CENTER
INTERNAL MEDECINE DEPARTMENT OF TREICHVILLE HOSPITAL ?*

BINAN Y¹, KONAN M², KONAN SD³, ADOM H ⁴, TOUTOU T⁵, NIAMKEY E⁶

- 1- Maître-Assistant, Service de Médecine Interne B - CHU de Treichville
- 2- Assistant chef de clinique, Service de Médecine Interne B - CHU de Treichville
- 3-Interne des Hôpitaux, Service de Médecine Interne B- CHU de Treichville
- 4- Maître de Conférences Agrégé, Service de Médecine Interne B- CHU de Treichville
- 5- Professeur Titulaire d'Université, Chef du Service de Médecine Interne B- CHU de Treichville
- 6-Professeur Titulaire d'Université, Chef du service de Médecine Interne A

Correspondance : BINAN Y., Service de Médecine Interne
30 BP 816 Abidjan 30, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 66032568
E mail : yvesbinan@hotmail.com

RESUME

Le rôle possible de l'infection à *Helicobacter pylori* dans le développement du cancer gastrique a été suggéré.

Les auteurs ont réalisé une étude rétrospective comparative à visée descriptive et analytique portant sur un échantillon de 60 cas de cancer gastrique.

La population témoin était constituée de patients atteints de gastrique chronique. Les dossiers colligés ont concerné la période de mai 2009 à Avril 2011.

L'objectif était d'évaluer l'association entre le cancer gastrique et le portage d'*Helicobacter pylori*.

Les résultats étaient les suivants :

- le sex-ratio était égal à 1,4 ;
- les lésions ulcérées étaient les plus fréquentes dans une proportion de 40% ;
- l'adénocarcinome prédominait dans une proportion de 60 % ;
- la présence d'*Helicobacter pylori* était 6,5 fois moins associée à un cancer gastrique qu'à une gastrite chronique.
- la présence d'*Helicobacter pylori* était 4,5 fois moins associée aux adénocarcinomes qu'aux gastrites chroniques prises comme témoins.

Mots-clés : Cancer gastrique, *Helicobacter pylori*, Abidjan

SUMMARY

The possible role of the infection by Helicobacter pylori have been recently suggested in the development of gastric cancer.

The autors have performed retrospective comparative descriptive and analytic study about 60 cases of gastric cancer.

The controls presented chronic gastritis. The files based from May 2009 to April 2011.

The aim was to estimate the association between gastric cancer and Helicobacter pylori infection.

- *The study brought out the following results:*
- *The sex-ratio was 1,4.*
- *The ulcerated lesions have been more frequently observed with a rate of 40 %.*
- *The adenocarcinoma prevailed with a rate of 60%.*
- *The presence of Helicobacter pylori was 6.5 times less associated with a gastric carcinoma than with a chronic gastritis.*
- *The presence of Helicobacter pylorus was 4.5 times less associated with adenocarcinoma than with chronic gastritis.*

key -words : Gastric carcinoma, *Helicobacter pylori*, Abidjan

INTRODUCTION

L'infection bactérienne à *Helicobacter pylori* a été incriminée dans la genèse de la gastrite chronique et de la maladie ulcéreuse¹. Récemment, le rôle possible de cette infection dans le développement du cancer gastrique a été suggéré². Le cancer est

fréquent et grave en raison de son diagnostic le plus souvent tardif.

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'association entre le cancer gastrique et le

portage d'*Helicobacter pylori* dans le service de Médecine Interne du CHU de Treichville à Abidjan.

I- MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective cas - témoins appariés sur l'âge et le sexe, à visée

descriptive et analytique qui s'est déroulée de mai 2009 à avril 2011, dans le centre d'Endoscopie Digestive du Service de Médecine Interne du CHU de Treichville et au laboratoire d'Anatomie pathologique de l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan.

La population d'étude était composée de 60 cas de cancer gastrique et de 60 témoins venant en consultation et qui présentaient une gastrite chronique. Ils ont été adressés pour la plupart par leurs médecins traitants pour endoscopie digestive haute.

Ont fait partie de l'étude, tous les patients ayant présenté des troubles dyspeptiques et des lésions à l'endoscopie. Ceux-ci ont bénéficié d'une exploration endoscopique gastroduodénale et d'une analyse histologique des prélèvements biopsiques faits au cours de l'endoscopie.

La saisie des données s'est faite à l'aide du logiciel Epi-info 6.04 fr.

L'analyse a été conduite avec un seuil de significativité a de 5 % avec une précision de

(1-β) de 90 %. La comparaison des modalités a été mesurée avec les tests paramétriques du

Khi-2 de MAC NEMAR pour les séries appariées, du test T de comparaison de deux pourcentages ou de l'analyse des variances.

Les séries non paramétriques ont été comparées à l'aide du test H de KRUSKAL - WALLIS.

II- RESULTATS

II.1- RESULTATS DESCRIPTIFS

II.1.1- Fréquence

Durant la période nous avons reçu 6843 patients présentant des troubles dyspeptiques.

Nous avons recensé 60 cas de cancers gastriques soit une fréquence de 0,88 %.

II.1.2- Aspects épidémiologiques

Les aspects épidémiologiques sont rapportés dans le tableau n°I ci-dessous

Tableau n° I : Contrôle de l'appariement à l'inclusion

Cas		Témoins	p
Répartition Effectif (n=60)	%	N = 60	%
Selon le sexe			
Masculin 25	58,3	34	56,7 0,85
Féminin 35	41,7	26	43,3
Selon l'âge			
[19-28] 4	6,7	3	5
[29-38] 16	26,7	14	23,3
[39-48] 13	21,7	17	28,3 0,63
[49-58] 13	21,7	11	18,3
[59-68] 7	11,7	7	11,7
>69 7	11,7	8	13,4

Tableau n°I : Contrôle de l'appariement à l'inclusion

La répartition selon le sexe et l'âge n'est pas significativement différente selon qu'il s'agisse

des cas ou des témoins. Les deux populations sont comparables quant au genre et à l'âge.

L'appariement est donc validé.

II.1.3- Aspects endoscopiques et bactériologiques

Selon l'aspect macroscopique, les formes ulcérées sont les plus fréquemment rencontrées

24 cas, soit 40%, suivies des lésions angiomateuses: 15 cas, soit 25 %.

Le siège préférentiel de ces lésions est la région antrale : 24 cas, soit 40 %, suivie du fundus : 17 cas, soit 28,3%.

Selon l'aspect microscopique, l'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquemment rencontré : 36 cas, soit 60 %, suivi des sarcomes : 19 cas, soit 31,6 %.

Helicobacter pylori était retrouvé chez 18 patients, soit 30 % des cas, par contre, il était absent chez 42 patients, soit 70 % des cas.

La présence d'*Helicobacter pylori* était effective dans 18 cas de cancers gastriques dont 14

adénocarcinomes, 3 sarcomes et un lymphome.

Nos témoins se répartissaient entre 54 gastrites chroniques soit 90 % et 6 gastrites réactionnelles soit 10 %.

Concernant la répartition des témoins selon l'aspect histologique et la présence d'*Helicobacter pylori*, tous les témoins qui présentaient une gastrite chronique étaient porteurs d'*Helicobacter pylori*

II.2- RESULTATS ANALYTIQUES

La répartition du type histologique des cancers gastriques selon l'âge est rapportée dans

le tableau n° II ci-dessous

Tableau n° II : Répartition des types histologiques selon l'âge chez les patients atteints de cancer gastrique

Age	Adénocarcinome	Autre types	Total
< ou = 38	7	13	20
]39-48]	6	7	13
]49-58]	11	2	13
> ou =59	12	2	14
Total	36	24	60

$$\text{Khi } 2 = 13,39 \quad \text{ddl} = 3 \quad p = 0,003$$

selon l'âge chez les patients atteints de cancer gastrique

selon notre étude chez les patients de plus de 59 ans tandis que les autres types de tumeurs (lymphomes, sarcomes et tumeurs non différenciées) surviennent à un âge plus jeune.

La répartition du type histologique des cancers gastriques selon le sexe est rapportée dans le tableau n°3 ci-dessous.

Tableau n° III : Répartition des types histologiques selon le sexe chez les patients de cancer gastrique

Sexe	Adénocarcinome	Autre types	Total
Masculin	21	14	35
Féminin	15	10	25
Total	36	24	60

$$\text{OR} = 1 \text{ avec un intervalle de confiance IC } 95\% = [0,31 ; 3,24[$$

La différence est non significative, ce qui signifie qu'il n'existe pas de différence dans la

répartition histologique des adénocarcinomes et des autres types cellulaires en fonction du sexe.

Tableau n° IV Corrélation entre le sexe et l'apparition d'un cancer gastrique

Cas		Témoins	
Effectifs (n=60)	%	Effectifs (n=60)	%
Sexe			
Masculin 35	58,3	34	56,7
Féminin 25	41,7	26	43,3
Total 60	36	24	60

$$\text{OR} = 1,07 \text{ avec un intervalle de confiance IC } 95\% = [0,49 ; 2,35[$$

La différence observée n'est pas statistiquement significative. Il n'y a pas de corrélation entre le sexe et l'apparition d'un cancer gastrique.

La corrélation entre la présence d'*Helicobacter pylori* et l'apparition d'un cancer gastrique figure dans tableau n° V ci-dessous.

Tableau n° V : Corrélation entre la présence d'*Helicobacter pylori* et l'apparition d'un cancer gastrique

Cas		Témoins	
	%	Effectif (n=60)	%
Présence	30	47	78,3
Absence	70	13	21,7
Total	100	60	100

OR = 0,15 avec un intervalle de confiance IC 95 % = [0,06 ; 0,38] et p = 5.10-6

La différence observée est statistiquement significative. Les cancers gastriques sont 6,5 fois moins souvent associés au portage d'*Helicobacter pylori* que les sujets témoins pris parmi les gastrites chroniques et réactionnelles.

III- DISCUSSION

La répartition des cancers gastriques selon l'âge a permis de noter que le pic de fréquence se situe entre 29 et 38 ans et représente 26,7%. La moyenne d'âge est égale à 47,7 ans tous sexes confondus, avec un intervalle de confiance au seuil $\alpha = 95\%$. En Espagne avec SEOANE³, l'âge moyen est de 69 ans. MURATA⁴ au Japon observe un maximum de fréquence se situant entre 50 et 70 ans pour le cancer gastrique. L'âge moyen de survenue du cancer gastrique dans notre série est largement inférieur à ceux des autres régions étudiées et ailleurs dans le monde, notamment au Japon⁴. Le cancer gastrique touche des populations plus jeunes dans notre pays. Toutefois, nous devons relativiser cette constatation puisque dans notre étude, les patients présentant un sarcome de Kaposi ont été inclus. Cette affection étant liée à l'infection par le VIH qui s'observe chez les sujets relativement jeunes.

Il ressort de notre série que la prédominance masculine est nette avec 58,3 % d'homme contre 41,7% de femme avec un sex-ratio de 1,4. En Espagne, SEOANE³ retrouve une prédominance masculine (62%). Au Japon, MURATA⁴ trouve une

prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,86. La prédominance masculine que nous avons retrouvée dans notre série est en accord avec les données de la littérature mondiale.

Concernant la répartition selon le siège, il ressort de notre étude que la localisation antrale est la plus fréquente avec 40%. Nos résultats concordent avec ceux de MSIKA⁵ qui attribue 50% au siège antral. SEOANE³ en Espagne retrouve 48,1% des néoplasmes au niveau de l'antra. La localisation antrale prédominante dans notre étude est en conformité avec les données de la littérature.

L'étude du type histologique de nos cas fait ressortir la prédominance des adénocarcinomes avec 60%. Ce taux concorde en effet, avec celui de MSIKA⁵ et de SEOANE³ qui retrouvent 90,4 % d'adénocarcinome qui représentent plus de 90 % de cancer gastrique.

L'association cancer gastrique – *Helicobacter pylori* s'est révélée positive dans 30% des 51 cas analysables. ISAACSON⁶ rapporte une incidence de 92% d'*Helicobacter pylori* positifs chez les patients présentant un lymphome de type MALT.

LIN⁷ en Taiwan trouve que la séroprévalence d'*Helicobacter pylori* est de 21% à 80% selon la méthode diagnostique utilisée dans le cancer gastrique. Pour LOFFELD⁸ en Angleterre, la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* est de 59% dans le carcinome gastrique. Le résultat observé pourrait s'expliquer par le caractère multifactoriel de l'apparition des cancers gastriques. Il faut souligner que seules certaines souches d'*Helicobacter pylori* ont un pouvoir pathogène.

L'intensité de la gastrite va dépendre de facteurs de virulence propres à la bactérie, à savoir les souches de type I qui sont incriminées dans la carcinogenèse, plus précisément celles exprimant le gène CAG A et de facteurs immunitaires propres à l'hôte à savoir l'immunité locale et générale. Mais dans nos régions, 80 à 90 % de la population est porteur d'*Helicobacter pylori* sans pour autant présenter des troubles dyspeptiques⁹.

Nos constatations sont en concordance avec celles de FORMAN et al³ qui soutiennent

également que l'incidence d'*Helicobacter pylori* diminue parallèlement à celle du cancer avec le temps. L'augmentation du risque relatif de cancer gastrique est de 8,7% chez les sujets infectés et on estime que l'infection par *Helicobacter pylori* s'associe à 20 % de risque de voir se développer un cancer gastrique au cours de la vie¹¹.

Si l'on tient compte de l'appariement, l'odd ratio apparié de Mantel-Haenzel (équivalent au khi 2 de Mac Nemar corrigé pour deux groupes) est égal à 6,5 avec un intervalle de confiance IC95% = [2,26 ; 25,63] et p = 10⁻⁴ pour 51 paires.

Helicobacter pylori est 6,5 fois moins associé à un cancer gastrique qu'à une gastrite chronique.

L'odd ratio apparié de Mantel-Haenzel est égal à 4,67 avec un intervalle de confiance IC95% = [1,30 ; 25,33]. La présence d'*Helicobacter pylori* est 4,5 fois moins associée aux adénocarcinomes qu'aux gastrites chroniques prises comme témoins concernant le sexe et l'âge.

L'odd ratio apparié de Mantel-Haenzel est égal à 12 avec un intervalle de confiance IC95% = [1,78 ; 5,13]. La présence d'*Helicobacter pylori* est 12 fois moins associée aux différents types de néoplasie qu'aux gastrites chroniques.

Autrement dit : l'*Helicobacter pylori* est 12 fois plus souvent associé à la gastrite chronique qu'aux cancers d'un autre type histologique que les adénocarcinomes. Si l'apparition de tous les cancers est intimement liée aux gastrites chroniques, la présence d'*Helicobacter pylori* comme co-facteur est plus fréquente dans les cancers autres que les adénocarcinomes.

CONCLUSION

A l'issue de ce travail rétrospectif portant sur l'association cancer gastrique et *Helicobacter pylori* mené au Service de Médecine Interne du CHU de Treichville de mai 2007 à avril 2009, nous pouvons retenir les résultats suivants :

- *Helicobacter pylori* est 6,5 fois moins associé aux cancers gastriques qu'aux gastrites chroniques ;

- *Helicobacter pylori* est 4,5 fois moins associé aux adénocarcinomes qu'aux gastrites chroniques prises comme témoin ;

- *Helicobacter pylori* est 12 fois moins associé aux différents types de néoplasie gastrique qu'aux gastrites chroniques ;

- la nécessité de réaliser des examens endoscopiques avec biopsie pour une meilleure surveillance d'éventuelles lésions dysplasiques.

REFERENCES

- 1- FRANCIS MEGRAUD. Quand et comment s'infecte-t-on par *Helicobacter Pylori* ? *Gastro Enterol Clin Biol* 2003 ; 27 : 374-9.
- 2- DOMINIQUE LAMARQUE, JEANNE TRAN VANNHIEN, MAXIME BREBAN. Quelles sont les modifications gastriques induites par l'infection aiguë et chronique par *Helicobacter pylori* ? *Gastro Enterol Clin Biol* 2003 ; 27 : 391-400.
- 3- SEOANE A, BESSA X, BALLESTE B et Coll. *Helicobacter pylori and gastric cancer : relationship with histological subtype and tumor localization*. *Gastroenterol Hepatol*. 2005 Feb; 28(2) : 60-4.
- 4- MURATA I, CLOT JP, SANKALET. Dépistage précoce du cancer de l'estomac au Japon. *J Chir*. 1987 ;124,1 :35-58.
- 5- MSIKA S, HUGUIER M. Le cancer de l'estomac. *Cour Méd*. 1989 ;111,35 :3024-30.
- 6- ISAACSON PG. Is gastric lymphoma an infection disease? *Hum Path*. 1993 ; 24, 6 : 569-70.
- 7- LIN JT, WANG TH, WU MS, CHEN CJ. *Helicobacter* infection in early and advanced gastric adenocarcinoma: a seroprevalence study in 143 Taiwanese patients. *Hepato Gastro Enterol*. 1993 ; 40 : 596-99.
- 8- LOFFELD RJF, WILLEMS I, FLENDRIG J. *Helicobacter pylori* and gastric carcinoma. *Histopathology* 1990 ; 17 : 537-41.
- 9- MATYSIAK-BUDNIK J. Facteurs pathogènes bactériens dans l'infection à *Helicobacter pylori*. *Hepato-Gastro*. 1996; 3 : 21-27.
- 10- FORMAN D, WEBB P, PARSONNET J. *Helicobacter pylori* and gastric cancer. *Lancet* 1994; 343 :243-4.
- 11 -KIKUCHI S, WADA O, NAKAJIMA T. Serum *Helicobacter pylori* antibody and adenocarcinoma among young adults. *Cancer* 1995; 75 : 2789-93.