



La maladie de Ménétrier en milieu hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso) : étude de cas

Sandrine SOUDRE/HEMA¹, Aboubacar COULIBALY², Sosthène K. SOMDA²,
Christiane C. SOME/BERE², Steve Léonce ZOUNGRANA³, Damien Z. OUATTARA³,
Mali KOURA⁴, Rodrigue N. SALOU¹, Nathalie H. BENI/DA¹, Alain BOUGOUMA²

Résumé

La maladie de Ménétrier est une affection précancéreuse de l'estomac. Très peu d'études ont concerné cette affection dans le monde. Nous rapportons 3 cas colligés au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. L'âge de nos malades était compris entre 51 et 73 ans avec une moyenne de 59 ans. Il s'agissait de 2 hommes et une femme de niveau socio-économique bas. Le tableau clinique était dominé par les épigastralgies, les hémorragies digestives hautes et les vomissements. La fibroscopie digestive montrait une gastropathie hypertrophique chez les trois patients avec suspicion de dégénérescence chez deux d'entre eux. L'histologie était en faveur de la maladie de Ménétrier dans tous les cas; mais elle ne confirmait la dégénérescence que chez un patient. Deux de nos patients ont bénéficié d'un traitement médical à base d'oméprazole, d'amoxicilline et de métronidazole chez l'un, clarithromycine chez l'autre. La troisième patiente a bénéficié d'une gastrectomie totale. Les suites opératoires ont été simples. La patiente s'est alimentée à base de produits liquides puis semi liquides. Les deux autres ont été perdus de vue. Ainsi, la maladie de Ménétrier reste rare et des études multicentriques pourraient permettre de dégager des protocoles de prise en charge adaptés à notre pays.

Mots-clés : Maladie de Ménétrier- Epidémiologie- Diagnostic- Burkina Faso

Menetrier's disease in hospitals in Ouagadougou. (Burkina Faso): study of cases

Abstract

Menetrier's disease is a precancerous condition of the stomach. Very few studies have concerned this condition in the world. We report 3 cases collected at the University Hospital Center Yalgado Ouedraogo. The age of our patients was between 51 and 73 years old with an average age of 59 years. It was 2 men and a woman of low socio-economic level. The clinical picture was dominated by epigastralgia, upper gastrointestinal bleeding and vomiting. Digestive fibroscopy showed hypertrophic gastropathy in the three patients with suspicion of degeneration in two of them. The histology was in favor of Ménétrier's disease in all cases; but it only confirmed degeneration in a patient. Two of our patients received medical treatment with omeprazole, amoxicillin and metronidazole in one, clarithromycin in the other. The third patient had a total gastrectomy. The postoperative course was simple. The patient was fed with liquid and semi-liquid products. The other two were lost sight of. Ménétrier's disease remains rare and multicentric studies could lead to treatment protocols adapted to our country.

Keywords: Menetrier's disease- Epidemiology- Diagnosis- Burkina Faso

¹ Service de médecine et spécialités médicales du Centre Hospitalier Universitaire de Tingandogo ; (+ 226)25 49 09 00

² Service d'hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou ; (+ 226) 25 30 66 43

³ Service de médecine du centre Hospitalier Universitaire de Ouahigouya ; (+ 226) 25 49 99 01

⁴ Service d'hépatogastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso ; (+226) 20 97 00 44

Auteur correspondant : sandysoudre@yahoo.fr ; tél : 00 226 71 61 70 63 ; Ouagadougou, Burkina Faso





Introduction

Pathologie rare dans le monde, la maladie de Ménétrier ou gastropathie hypertrophique géante survient avec prédilection chez l'homme vers 50 ans. D'étiologie inconnue, elle est caractérisée par une hyperplasie massive des cryptes entraînant un épaissement de la muqueuse gastrique avec atrophie glandulaire (1). Baumer (2) en France n'avait pu colliger que 210 observations publiées entre 1946 et 1982. Ntagirabiri (3) au Burundi retrouvait 3 cas en 10 ans. Au Burkina, Bougouma (4) et Zoungrana (5) retrouvait respectivement 4 cas en 9 ans et 5 cas en 10 ans.

Le risque de dégénérescence de cette pathologie, impose d'établir une prise en charge adéquate, rendue difficile du fait de l'absence de consensus et de l'insuffisance du plateau technique.

Nous rapportons trois cas colligés dans le service d'hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou du 1er octobre 2009 au 30 octobre 2012.

Observations

Observation n°1

Madame N/D.A., agent de bureau, 53 ans, burkinabè, résidant à Ouagadougou est reçue en salle d'endoscopies diagnostique et interventionnelle du CHU-YO le 14 octobre 2009 pour bénéficier d'une fibroscopie digestive haute, pour des épisodes d'hématémèse et un méléna survenus après la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (diclofénac).

Dans les antécédents, on notait depuis 2008 une hypertension artérielle traitée avec de l'amlodipine, un diabète de type 2 sous régime hypoglycémique et hypocalorique ; et une allergie au bétaméthasone et au cotrimoxazole et l'absence de consommation de tabac ou d'alcool.

L'examen somatique était normal.

A la numération formule sanguine, on retrouvait une anémie normochrome, normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 11,10 g/dl et un VGM (volume globulaire moyen) à 85 μm^3 .

Une fibroscopie digestive haute réalisée le 14 octobre 2009, après sédation et dans des conditions difficiles en raison d'une intolérance de la patiente, avait mis en évidence de gros plis corporeaux évocateurs de maladie de Ménétrier surmontés de gros polypes pédiculés à bouts rouges, érodés, de petits polypes sessiles de l'antrum et un polype sessile du bulbe.

Treize (13) biopsies ont été faites. L'histopathologiste concluait à l'existence de polyadénomes entrant dans le cadre d'une maladie de Ménétrier avec des zones dédifférenciées à surveiller.

Le 10 novembre 2009, devant la forte suspicion de dégénérescence, une gastroscopie de contrôle fut réalisée sous anesthésie générale et donna les mêmes résultats endoscopiques. Les dix (10) biopsies réalisées ont permis à l'anatomopathologiste de mettre en évidence une muqueuse gastrique érodée, recouverte par un exsudat fibrino-leucocytaire. Les polypes, d'aspects hyperplasiques, renfermaient des structures glanduliformes, avec des cellules ayant de gros noyaux hyperchromatiques, irréguliers. Le chorion était très inflammatoire et comportait de nombreux polynucléaires. Le pathologiste concluait à un aspect de maladie de Ménétrier avec un adénocarcinome non infiltrant.



La patiente a été hospitalisée le 25 novembre 2009 en chirurgie pour bénéficier d'une gastrectomie totale le lendemain. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait mis en évidence un adénocarcinome superficiel d'un polype, une maladie de Ménétrier, une polypose gastrique et une gastrite ulcérée avec des atypies cytonucléaires. Les limites de résection antro-pylorique et cardiaque étaient saines.

Les suites opératoires ont été simples sous tramadol (100 mg x 3/jour), amoxicilline et acide clavulanique (1 g x 3 /jour), paracétamol (1g x 4 /jour), ranitidine (1g x 2 /jour) et morphine à la demande. Elle était alimentée par du clinomel 1000 cc toutes les 8 heures. La patiente a été exécutée le 04 décembre 2009.

Dans un premier temps, elle s'était alimentée de mets liquides puis semi liquides. Elle reçoit une injection de vitamine B12 tous les 3 mois. Elle se porte bien et n'a aucune plainte.

Observation n° 2

Monsieur F.T., 73 ans, cultivateur, burkinabè, résidant à Ouagadougou, a été reçu aux urgences médicales puis transféré dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU-YO le 04 janvier 2010 pour hématurie.

Le début de la maladie remonterait à 5 jours auparavant marqué par la survenue d'épigastries post prandiales précoces et une toux productive fébrile. Ce qui motiva une consultation dans un centre médical où un traitement à base d'antipalustre de nature non précisée, d'antibiotiques (amoxicilline et acide clavulanique) et d'un anti-inflammatoire (etofénamate) fut instauré.

Dans les antécédents, on notait un tabagisme (15 paquets/année). L'examen physique du patient retrouvait un assez bon état général, un bon état de conscience, une anémie clinique modérée, une douleur à la palpation de l'épigastre et un syndrome d'épanchement pleural gauche.

La numération formule sanguine avait révélé une anémie normochrome normocytaire à 8,5g/dl d'hémoglobine et un VGM à 80 μm^3 . Le reste de la formule était normale.

La gastroscopie avait mis en évidence une hernie hiatale de moyen volume, un aspect endoscopique d'hypertrophie des gros plis corporeaux évocateur de maladie de Ménétrier, un ulcère linéaire de l'antre d'aspect bénin et de multiples ulcères bulbaires en poussée (Forrest IIc).

Huit (8) biopsies avaient été faites et le pathologiste avait mis en évidence sur l'antre une muqueuse de type antral revêtue en surface par un épithélium cylindrique mucosécrétant de morphologie normale qui reposait sur un chorion fibro-inflammatoire chronique contenant des glandes le plus souvent régénératives. Il n'y avait pas d'*Helicobacter pylori*, ni de caractère de malignité. Sur le fundus, l'examen montrait un épithélium hyperplasique muco-sécrétant. Le chorion sous-jacent était discrètement inflammatoire chronique et contenait des glandes allongées parfois kystiques et revêtues du même type d'épithélium, sans caractère de malignité. Le spécialiste concluait alors à un aspect histologique de gastrite chronique, sans *Helicobacter pylori* sur les biopsies antrales et à un aspect histologique compatible avec une maladie de Ménétrier sur les biopsies fundiques.

Le traitement avait consisté en la prescription d'oméprazole 40 mg / jour en deux prises pendant 7 jours puis 20mg le soir au coucher pendant 28 jours), amoxicilline et acide clavulanique 2 gr /jour en deux prises et métronidazole 1gr /jour en deux prises pendant 7 jours.

Le patient avait été exécuté le 06/01/2010 et depuis a été perdu de vue.

Observation n° 3

Monsieur T.J., menuisier, 51 ans, burkinabè, résidant à Ouagadougou a été reçu en salle d'endoscopie digestive d'une clinique privée le 10 août 2012 pour bénéficier d'une gastroscopie pour douleurs abdominales, vomissements et altération de l'état général.

Dans les antécédents, on notait des douleurs abdominales chroniques depuis plus de 10 ans, une consommation de tabac estimée à 23 paquets année et d'alcool frelaté de quantité difficile à préciser.

L'examen somatique retrouvait une altération de l'état général avec un indice de masse corporelle à 16,82kg/m², une hernie ombilicale de petit volume et une masse épigastrique dure, douloureuse, irrégulière d'environ 10 cm de diamètre.

A la numération formule sanguine, on retrouvait une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 12,3 g/dl avec un VGM à 72 µm³.

Une échographie abdominale réalisée dans un premier temps concluait à un épaissement régulier des parois gastrique et duodénale de même que du muscle pylorique à l'origine d'un rétrécissement canalaire pylorique.

La fibroscopie digestive haute réalisée le 10/08/2012 a mis en évidence un aspect endoscopique de gastropathie corporéale hypertrophique et érosive évocateur de maladie de Ménétrier en dégénérescence.

Sept (7) biopsies ont été réalisées et l'histologie a mis en évidence une muqueuse gastrique revêtue en périphérie d'un épithélium cylindrique mucosécrétant non dysplasique reposant sur une basale régulière. Cet épithélium s'invaginait pour former des cryptes qui étaient longues, tortueuses et revêtues de cellules, siège d'une hypersécrétion muqueuse. Le chorion était par endroit abondant, congestif et inflammatoire lymphocytaire. Il était souvent dissocié par des fibres musculaires lisses. On observait une réduction de volume glandulaire sur certaines biopsies. La coloration au Giemsa montrait de très nombreux *Helicobacter pylori*.

Il n'y avait pas de métaplasie intestinale, ni de dysplasie, ni de prolifération tumorale maligne.

Le pathologiste concluait à une hyperplasie des cellules muqueuses de surface avec atrophie glandulaire compatible avec une maladie de Ménétrier et à la présence de très nombreux *Helicobacter pylori*.

Le patient a été mis sous clarithromycine 1 g/jour en deux prises et amoxicilline 2 g/jour en deux prises pendant 7 jours, oméprazole 40 mg/jour en deux prises pendant 7 jours puis 20 mg le soir au coucher pendant 28 jours) pour l'éradication de l'infection à *Helicobacter pylori*.

Il a été alors référé en chirurgie au CHU-YO, où un traitement à base de sucralfate 3g/jour en trois prises et une gastrectomie des 4/5 de l'estomac lui furent proposés.

L'intervention chirurgicale n'a pu être réalisée, faute de moyens financiers du patient. Ce dernier a constaté dans un premier temps une légère amélioration de la symptomatologie clinique, puis une reprise avec accentuation de la symptomatologie et l'apparition d'une ascite. L'étude cytochimique et bactériologique du liquide d'ascite a montré un exsudat, riche en éléments nucléés. Le gradient albumine sérique-ascite était de 7 g/dl. Les cultures sur milieux spécifiques et sur Sabouraud – chloramphénicol étaient revenues négatives.

La cytologie du liquide d'ascite retrouvait des cellules atypiques.



Discussion

En 37 mois, 3 patients dont les tableaux cliniques, les lésions endoscopiques et les résultats anatomopathologiques étaient en faveur du diagnostic de la maladie de Ménétrier ont été retenus. Cette affection est réputée rare en Afrique et dans le monde.

Baumer a colligé 210 cas en 36 ans (4) en France soit 5,3 cas/an.

Au Burkina, Bougouma (4) et Zoungrana (5) retrouvaient respectivement 4 cas en 9 ans et 5 cas en 10 ans. Ntagirabiri (3) au Burundi, colligeait 3 cas en 10 ans.

L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic était de 59 ans, supérieur à ceux des patients de Baumer (2) en France, Meuwissen (6) aux Pays Bas, Wolfsen (7) en Italie qui étaient respectivement de 49 ans, 50 ans et 55 ans. C'est véritablement une affection qui touche, comme le rapportait Nils(8), les adultes entre 30 et 60 ans.

Notre population est constituée de deux (2) hommes et une femme.

La prédominance masculine est retrouvée par Baumer (2) et Meuwissen (6) qui notaient respectivement un sex ratio de 3,8 et 1,7. Au regard du petit nombre de cas rapportés, nous ne pouvons tirer de conclusion.

Les motifs de consultation sont dominés par les épigastralgies et l'hémorragie digestive haute qui sont retrouvées dans deux (2) cas pour chacun des motifs. Les vomissements sont notés dans un cas. Baumer (2), Meuwissen (6), Nils (8) rapportaient que la symptomatologie est dominée par les épigastralgies présentes respectivement dans 75% des cas et dans 65% des cas pour les deux autres. Pour les patients de Baumer (2), les vomissements arrivaient en 4^{ème} position après les épigastralgies, les cas où il n'y avait pas de signe fonctionnel digestif et la diarrhée. Il n'y avait pas de cas d'hémorragie digestive observée.

Dans notre étude à l'examen somatique, l'altération de l'état général, l'anémie et une masse épigastrique sont retrouvées chacun respectivement chez un patient. Baumer (2) notait également que l'altération de l'état général était le signe physique le plus fréquent (un tiers des malades), conséquence des vomissements, de la fuite protéique observée et des douleurs abdominales (épigastralgies) rendant difficile l'alimentation et conduisant à la dénutrition.

Nos résultats étaient conformes aux données de la littérature : Di Vita (9), retrouvait une gastropathie corporeale hypertrophique suspecte ou non de dégénérescence. Cette gastropathie est le signe principal endoscopique de la maladie, conduisant à des biopsies profondes parfois à l'anse diathermique pour la confirmation histologique. Il faut distinguer la maladie de Ménétrier des autres gastropathies hypertrophiques telles que la gastropathie du syndrome de Zollinger-Ellison qui présente à l'endoscopie un aspect hypertrophique des plis du fundus et le lymphome de MALT qui présente typiquement une ulcération creusante entourée de gros plis.

Il a été mis en évidence chez les trois patients une hyperplasie des cellules muqueuses avec une atrophie glandulaire compatible avec une maladie de Ménétrier. De nombreux *Helicobacter pylori* sont retrouvés associés chez un patient. Un autre présentait une polypose hyperplasique avec la présence d'un adénocarcinome superficiel sur un polype. Di Vita (9) rapportait également un cas de maladie de Ménétrier associée à une infection à *Helicobacter pylori*.





Nos patients sont plus souvent vus au stade de complications, avec deux cas de suspicion de maladie de Ménétrier en dégénérescence et un cas d'hémorragie digestive. Pour Togo (10) au Mali la maladie de Ménétrier est retrouvée chez 0,9% des patients présentant un cancer gastrique. Pour Baumer (2) et Meuwissen (6) le cancer et la maladie de Ménétrier sont souvent diagnostiqués en même temps (90% des cas). Ces auteurs notaient également que le cancer gastrique était le risque majeur de cette affection (respectivement 14,3%, 10 à 15% des cas).

Un de nos patients présentait une polypose hyperplasique et un autre, une infection à *Helicobacter pylori* associée. Nils (8) rapportait également l'association possible avec cette bactérie. Il soulignait que quelques fois son éradication pouvait entraîner une régression de la maladie de Ménétrier.

Deux de nos patients avaient bénéficié d'un traitement médical d'éradication de *Helicobacter pylori* à base d'oméprazole, d'amoxicilline et de métronidazole chez l'un, clarithromycine chez l'autre. Chez un patient, une amélioration notée dans un premier temps a été suivie d'une recrudescence de la symptomatologie ; l'autre patient a été perdu de vue. Di Vita (9) rapportait un cas de maladie de Ménétrier associée à une infection à *Helicobacter pylori* où on observait une résolution aussi bien clinique que paraclinique après traitement d'éradication de la bactérie (amoxicilline, clarithromycine, lansoprazole) et poursuite du traitement à base de lansoprazole pendant 4 semaines. Il soulignait qu'un an après, le patient était toujours asymptomatique. Pour cet auteur, cela laisse penser que *Helicobacter pylori* pourrait jouer un rôle dans la genèse de la maladie de Ménétrier.

Chez deux de nos patients ayant bénéficié d'un traitement médical, nous avons noté chez l'un, une légère amélioration puis une reprise de la symptomatologie avec apparition d'une ascite renfermant des cellules atypiques.

Pour Baumer (2), le bénéfice semble plus clinique que biologique et anatomique. Pour Nils (8), la plupart des patients requièrent seulement un régime riche en protides, quelques fois une adjonction d'albumine ou d'antalgiques. Il cita également une étude sur 9 patients présentant des nausées, vomissements persistants et /ou une perte de poids importante avec rémission complète de 7 d'entre eux sous cétuximab.

L'indication chirurgicale est posée chez deux de nos patients mais un seul a pu bénéficier d'une gastrectomie totale. Pour Baumer (2) le traitement était le plus souvent chirurgical (154 patients sur 210) et le risque de cancer du moignon imposerait plus une gastrectomie totale. Toutefois dans la série de Meuwissen (6), seuls 12,5% des patients ont bénéficié d'une gastrectomie.

Chez notre patiente ayant bénéficié d'une gastrectomie totale, les suites opératoires ont été simples. Elle s'était alimentée à base de mets liquides puis semi liquides. Elle reçoit une injection de vitamine B 12 tous les 3 mois. Dans notre contexte, la gastrectomie totale pose beaucoup de problèmes en raison de la difficulté qu'éprouvent les patients à s'alimenter dans cette ambiance de pauvreté généralisée. La dénutrition sévère qui pourrait de nouveau s'installer pourrait conduire à son décès.





Conclusion

Notre travail, nous a permis de faire le point sur cette affection méconnue et réputée rare en Afrique et dans le monde. Elle nous a aussi permis de mettre en exergue le diagnostic souvent tardif de cette pathologie dans notre pays.

Dans notre étude, les sujets étaient d'un niveau économique bas, rendant difficile les possibilités de prise en charge notamment chirurgicale. L'établissement d'un protocole de prise en charge et d'une assurance santé pourraient permettre une meilleure prise en charge de cette pathologie.

Références bibliographiques

1. **Sobhani I.** La maladie de Ménétrier. Pierre Eugène Ménétrier, amoureux par naissance des lettres de l'histoire. In: De Barrett à Zollinger- Ellison quelques cas historiques en gastroentérologie. France: Springer- verlag 2008:103-114.
2. **Baumer P.** Maladie de Ménétrier, gastropathies hypertrophiques. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Estomac – intestin, 9017 A 20, 12 – 1985 : 1 - 4.
3. **Ntagirabiri R, Marerwa G, Ntunzwenimana T, Nifasha A.** Cancer et lésions précancéreuses gastriques au Burundi. XIVèmes journées de Gastroentérologie d'Afrique francophone et II^{èmes} Journées Congolaises d'Hépatologie – Gastroentérologie. Brazzaville: 2011, 115 – 116.
4. **Bougouma A, Sombié AR, Bougouma C et al.** La pathologie digestive haute à Ouagadougou. Approche endoscopique. Burkina Médical 2008 ; 012 (02) : 73 – 86.
5. **Zoungrana MNI.** La pathologie gastrique en milieu hospitalier à Ouagadougou. Approche endoscopique. 2012. 106 pages. Thèse méd. Ouagadougou, 2012 : 160p.
6. **Meuwissen SG, Ridwan BU, Hasper HJ et al.** Hypertrophic protein losing gastropathy. A retrospective analysis of 40 cases in the Netherlands. The Dutch Menetrier Study Group. Scand J Gastroenterol. 1992; 27(Suppl 194):1-7.
7. **Wolfsen HC, Carpenter HA, Talley NJ.** Menetrier's disease: a form of hypertrophic gastropathy or gastritis? Gastroenterology 1993, 104: 1310 – 1319.
8. **Nils W, Lambrecht G.** Menetrier's Disease of the Stomach: A Clinical Challenge. CurrGastroenterol Rep. 2011; 13:513-517.
9. **Di Vita G, Patti R, Aragona F et al.** Resolution of Menetrier's Disease after Helicobacter pylori Eradicating Therapy. Dig Dis. 2001; 19:179-183.
10. **Togo A, Diakité I, Togo B et al.** Cancer gastrique au CHU Gabriel- Touré : aspects épidémiologique et diagnostique. Gastric cancer at Gabriel – Touré teaching hospital (Bamako, Mali). *J Afr Cancer.* 2011; 3:227-231.



