BJMS
www.batnajms.net

Batna Journal of Medical Sciences 2026;13(6):xx
https://doi.org/10.48087/BJMS.2026.1306xx

ORIGINAL ARTICLE

Epidemiological, clinical, and therapeutic characteristics of gallbladder cancer: a descriptive retrospective study

Ines BOUKERZAZA, Dalal ZERROUK, Taha FILALI

ABSTRACT

Introduction: Gallbladder cancer (GBC) is a rare but aggressive tumor, often diagnosed at an advanced stage. Curative treatment is based primarily on complete surgical resection, and its prognosis remains one of the poorest among digestive cancers. **Methods:** A retrospective descriptive study conducted in the medical oncology department of the University Hospital Center of Constantine over an 8-year period. Clinical, biological, radiological, histological, therapeutic data were collected from medical records. **Results:** The average age at diagnosis was 64 years, with a feminine predominance. The main risk factor found was gallstones (57%). The average time to diagnosis was 4 months. A positive diagnosis was made on the basis of clinical and radiological findings, confirmed by pathological examination of a biopsy or surgical specimen (55%). Histologically, adenocarcinoma was the most common type (92%). Eighty-one percent were discovered at an advanced stage. Treatment varied according to stage: 13% underwent curative surgery, such as cholecystectomy combined with bisegmentectomy and lymph node dissection. Systemic treatment was prescribed in 66% of patients. **Discussion:** In our series, the average age was 64 years, with a feminine predominance, which is consistent with previous studies. Adenocarcinoma was the most common histological type in our series, which is concordant with the literature data. The majority of cancers were discovered at an advanced stage, with more than 70% discovered at an advanced stage. Surgery remains the only potentially curative treatment, with an overall 5-year survival rate of less than 20%. **Conclusion:** GBC remains a relatively rare but poor prognosis cancer. Highlighting the need for targeted screening of high-risk patients and improved multidisciplinary management.

Keywords: gallbladder cancer, risk factors, diagnosis, treatment.

service d'oncologie médicale CHU Constantine - Faculté de médecine - Université Constantine 3, Algérie.

Received: 07 Aug 2025
Accepted: 01 Oct 2025

Correspondance to: Ines BOUKERZAZA
E-mail: inesbouker88@gmail.com

1. INTRODUCTION

Le cancer de la vésicule biliaire (VB) est une tumeur rare mais agressive, représente environ 1,2 % de l'ensemble des cancers dans le monde, son incidence varie considérablement selon les régions du monde , souvent diagnostiquée à un stade avancé en raison de sa symptomatologie non spécifique (1-3). Le traitement curatif repose essentiellement sur la résection chirurgicale complète et son pronostic demeure l'un des plus sombres parmi les cancers digestifs (4). L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives d'une série de patients pris en charge pour un cancer de la vésicule biliaire dans notre institution.

2. MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au sein du service d'oncologie médicale du Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine, sur une période de 8 ans. Cinquante trois dossiers de patients atteints d'un cancer de la VB ont été inclus. Toutes les données ont été collectées de façon rétrospective et analysées de manière anonyme. Les données cliniques, biologiques, radiologiques, histologiques, thérapeutiques ont été recueillies à partir de dossiers médicaux.

3. RÉSULTATS

Epidémiologie

L'âge moyen au diagnostic était de 64 ans [38-58ans]. On notait une prédominance féminine avec un sexe ratio de 3,8. Les facteurs de risque potentiels retrouvés dans notre série étaient : les calculs vésiculaires (57%), le sexe féminin avec la multiparité comme principal facteur de risque avec une moyenne de plus de 5 gestations chez 45% des femmes, le tabac était retrouvé chez 8% des patients, l'obésité chez 23%, l'antécédent familial de néoplasie était présent chez 30% des patients.

Clinique

Le délai moyen au diagnostic était de 4 mois. Concernant les circonstances de découverte, la douleur de l'hypochondre droit (HCD) était présente chez 52% de patients, l'ictère cutanéo-muqueux chez 17%, les vomissements rebelles chez 15%, et de découverte fortuite sur échographie chez 11% et sur pièce de cholécystectomie chez 26% (Tableau 1).

Diagnostic et histologie

Le diagnostic positif était retenu sur des arguments clinico-radiologiques, l'échographie et la TDM faite chez 100% des patients, l'IRM chez 28%, une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) chez 1%. Diagnostic confirmé par étude anatomopathologique sur biopsie (54%) ou sur pièce opératoire (55%), dont 26% étaient de découverte fortuite sur pièce de cholécystectomie. Sur le plan anatomopathologique, l'adénocarcinome était le type le plus représenté (92%) avec un cas de carcinome neuroendocrine (2%) (Tableau 2).

Tableau 1 : signes fonctionnels et physiques retrouvés

Symptomatologie	(n)	(%)
Douleur HCD	28	52%
Ictère cutanéo-muqueux	9	17%
Vomissements	8	15%
Distension abdominale	6	11%
Altération de l'état général	4	7%
Masse de l'HCD	6	11%
Nodules péritonéaux palpables	1	2%

HCD : hypochondre droit

Tableau 2. Répartition selon le type histologique

Type histologique	(n)	(%)
Adénocarcinome	49	(92%)
Bien differencié	45	(84%)
papillaire	1	(2%)
Colloide muqueux	2	(4%)
À cellules claires	1	(2%)
Carcinosarcome	1	(2%)
Carcinome neuroendocrine	1	(2%)
Adénosquameux	1	(2%)
Carcinome in situ	1	(2%)

Concernant le stadification selon l'AJCC 2017, 60% étaient découverts à un stade IVB(M1), 2% : stade IVB(N2), 8% : stade IVA(T4), 13% : stadeIII, 2% : stadeII, 2% : stade0(Tis) et 13% de stade inconnu(Tx ou Nx). Les sites métastatiques étaient localisés dans le foie (51%), le péritoine (15%), les poumons (13%), l'os (6%) et la surrénale (2%).

Concernant le traitement, il variait selon le stade : 13% avait subi un geste chirurgical à visée curative à type de cholécystectomie associée à une bisegmentectomie et curage ganglionnaire, 28% une cholécystectomie simple, 15% une chirurgie palliative. Un traitement systémique (une chimiothérapie palliative) a été prescrit chez 66% des patients, 9% avaient reçu une chimiothérapie adjuvante(capecitabine en monotherapie), 56% une chimiothérapie palliative.

4. Discussion

Caractéristiques épidémiologiques et facteurs de risque

Dans notre série, l'âge moyen des patients était de 64 ans, avec une prédominance féminine, ce qui concorde avec les études antérieures rapportant un risque 2 à 6 fois plus élevé chez la femme (1-3). Cette prédominance féminine peut être attribuée à la fréquence des calculs vésiculaires, considérée comme l'un des principaux facteurs de risque, ainsi qu'aux variations hormonales (estrogènes, progestérone), hypothèse renforcée par une forte association entre le cancer de la VB et un plus grand nombre de grossesses comme démontré dans plusieurs séries et notre série de cas (5,6). Les calculs biliaires représentent un des principaux facteurs de risque, présents chez plus de 85% dans la littérature (6) mais moins fréquents dans notre série. Concernant l'obésité, nos résultats concordent avec les données de la littérature avec un risque plus élevé de développer un cancer de la VB chez les personnes obèses (1).

Caractéristiques histologiques

L'adénocarcinome était le type histologique le plus représenté dans notre série, ce qui est concorde aux données de la littérature, qui rapportent une incidence supérieure à 85 % pour ce type histologique (7,8). Nous avons également observé quelques formes peu fréquentes comme le carcinosarcome, le carcinome neuroendorine et l'adénosquameux (9).

Diagnostic

Le délai au diagnostique demeure le défi majeur dans cette localisation. Dans notre série, la majorité des cancers ont été découverts à un stade avancé ce qui concorde avec les données de la littérature avec plus de 70% découverts à un stade avancé. La symptomatologie non spécifique et les retards de consultation peut expliquer les retards diagnostics (les douleurs de l'HCD, les nausées et vomissements), la découverte fortuite sur échographie et sur pièce de cholécystectomie reste un motif de découverte peu fréquent 12% à 27% (7,10). Cette situation explique la faible proportion de traitements curatifs observés dans notre étude (11,12).

Prise en charge thérapeutique

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge repose sur la résection chirurgicale carcinologique. Dans notre série, une résection chirurgicale curative (cholécystectomie, cholécystectomie associée à une hépatectomie et curage ganglionnaire) n'a pu être réalisée que chez une faible proportion des patients comparé aux données de la littérature (25%) (8), pour la majorité le traitement était palliatif (chirurgie palliative, traitement systémique, soins palliatifs). La chirurgie demeure le seul traitement potentiellement curatif, avec avec une survie globale à 5 ans inférieure à 20 % (8,10).

5. CONCLUSION

Le cancer de la VB demeure une localisation assez rare mais de pronostic sombre. D'où la nécessité d'un dépistage ciblé des patients à haut risque nécessitant une surveillance particulière, d'un diagnostic plus précoce, et de l'amélioration de la prise en charge multidisciplinaire avec intégration des nouvelles thérapies et des progrès en biologie moléculaire notamment par l'identification de mutations spécifiques pouvant guider avec plus de précision le choix thérapeutique.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol*. 2014;6:99–109. doi:10.2147/CLEP.S37357.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–49. doi:10.3322/caac.21660.
3. Randi G, Franceschi S, La Vecchia C. Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int J Cancer*. 2006;118(7):1591–602. doi:10.1002/ijc.21683.
4. Krell RW, Wei AC. Gallbladder cancer: surgical management. Chin Clin Oncol. 2019;8(4):36. doi:10.21037/cco.2019.06.06

5. Lazcano-Ponce EC, Miquel JF, Muñoz N, et al. Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer. *CA Cancer J Clin*. 2001;51(6):349–64. doi:10.3322/canjclin.51.6.349.

6. Sheth S, Bedford A, Chopra S. Primary gallbladder cancer: recognition of risk factors and the role of prophylactic cholecystectomy. Am J Gastroenterol. 2000 Sep;95(9):2270-7. doi:10.1111/j.1572-0241.2000.02070.x.

7. Nishihara K, Nagai E, Izumi Y, Yamaguchi K, Tsuneyoshi M. Adenosquamous carcinoma of the gallbladder: clinicopathological study of 20 cases. *Jpn J Cancer Res*. 1994;85:389–99. doi:10.1111/j.1349-7006.1994.tb02372.x.

8. Duffy A, Capanu M, Abou-Alfa GK, et al. Gallbladder cancer: 10-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre. *J Surg Oncol*. 2008;98(7):485–9. doi:10.1002/jso.21141. (10)

9. Al Omran AA, Alkhalifa AM, Alqattan AS, Alshahrani AA. Gallbladder cancer of two histological origins: a case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2021;81:105704. doi:10.1016/j.ijscr.2021.105704.

10. Glehen O, Czyglik O, Donsbeck AV, Isaac S, Gilly FN, François Y, Vignal J. Cancers vésiculaires de découverte fortuite. Ann Chir. 2000 Feb;125(2):137-43. doi:10.1016/S0001-4001(00)00114-8

11. Zaidi Z, Abdellouche D, DjemaDjazia A, Laouamri S, Mahnane A, Hamdi Cherif M. Épidémiologie du cancer des voies biliaires en Algérie. Cancer/Radiothérapie. 2011 Sep;15(5):453. doi:10.1016/j.canrad.2011.07.202.

12. Wistuba II, Gazdar AF. Gallbladder cancer: lessons from a rare tumour. *Nat Rev Cancer*. 2004;4(9):695–706. doi:10.1038/nrc1439.