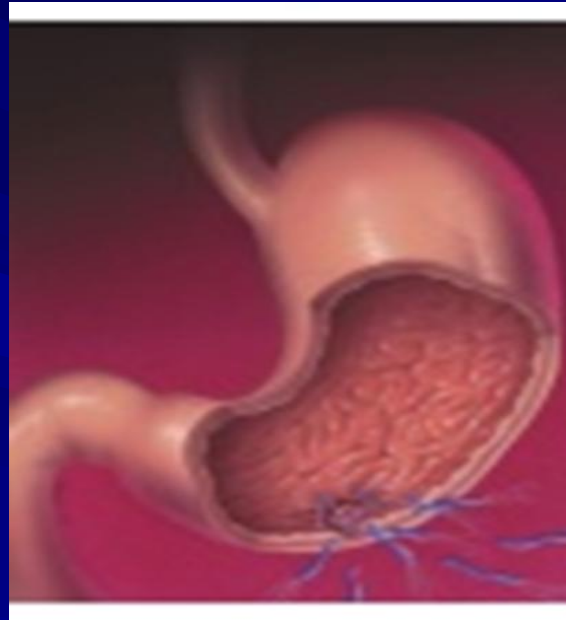


CANCER GASTRIQUE



Introduction

- C'est l'ensemble des tumeurs malignes développées au dépens de l'estomac
- **L'ADENOCARCINOME** +++++
- Il vient au 2^{ème} rang des cancers digestifs et au 4^{ème} rang de tous les cancers
Le diagnostic : l'endoscopie + la biopsie

- La chimiothérapie péri opératoire pour les tumeurs résécables a permis une amélioration nette du pronostic
- Son ***pronostic reste sombre*** (20% de survie à 5ans) car son diagnostic est souvent tardif
- Le traitement curatif est ***chirurgical***
- Dépistage en masse dans les populations a haut risque (le japon....)

Epidémiologie

- ***Fréquence:*** son incidence est en nette diminution , mais elle est variable selon les pays
 1. *Zone de haut risque :* japon ,chine, chili , costarica, Europe de l'est
 1. *Zone de risque moyen :*Europe occidentale ,usa, et canada
 1. *Zone de faible risque :* Afrique
- En France l' incidence est de 15 pour 100000 h
- Age moyen est de 70 ans

FACTEURS DE RISQUE

■ *L' Helicobacter pylori:*

- présent chez 50% des malades atteints de cancer. C'est un carcinogène certain qui entraîne une *gastrite atrophique*

■ *L' hérédité:*

■ *L' alimentation:*

- sel, poissons, viandes fumées

5 LESIONS PRE- CANCEREUSES



■ L'ulcère gastrique chronique:

- on le retrouve 1 fois sur 10 = il faut biopsier tout ulcère gastrique en fin de traitement +++

■ Le moignon de gastrectomie:

- entraîne une gastrite par *reflux alcalin duodéno-gastrique*

- survient 15 ans après l'intervention

■ La maladie de BIERMER:

- *gastrite atrophique auto-immune* détruisant les cellules pariétales (Hcl + facteur intrinsèque qui permet l'absorption de vit B12) = anémie macrocytaire mégaloblastique et chute de la sécrétion acide gastrique

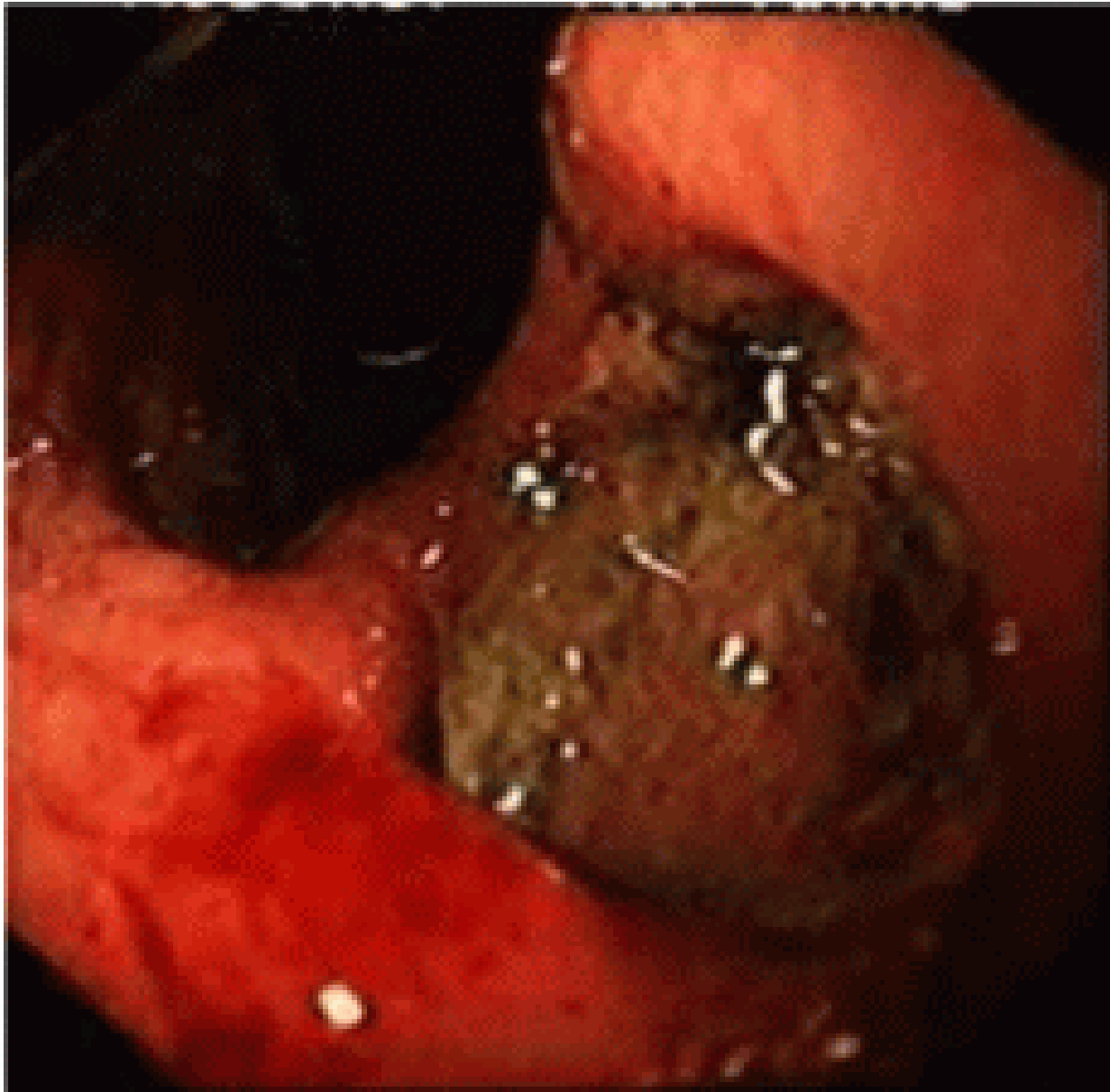
■ La maladie de MENETRIER: gastrite hypertrophique géante

- présence de plis géants dans le fundus

- portant sur les cellules muco-sécrétantes

■ Les polypes adénomateux: avec dysplasie sévère

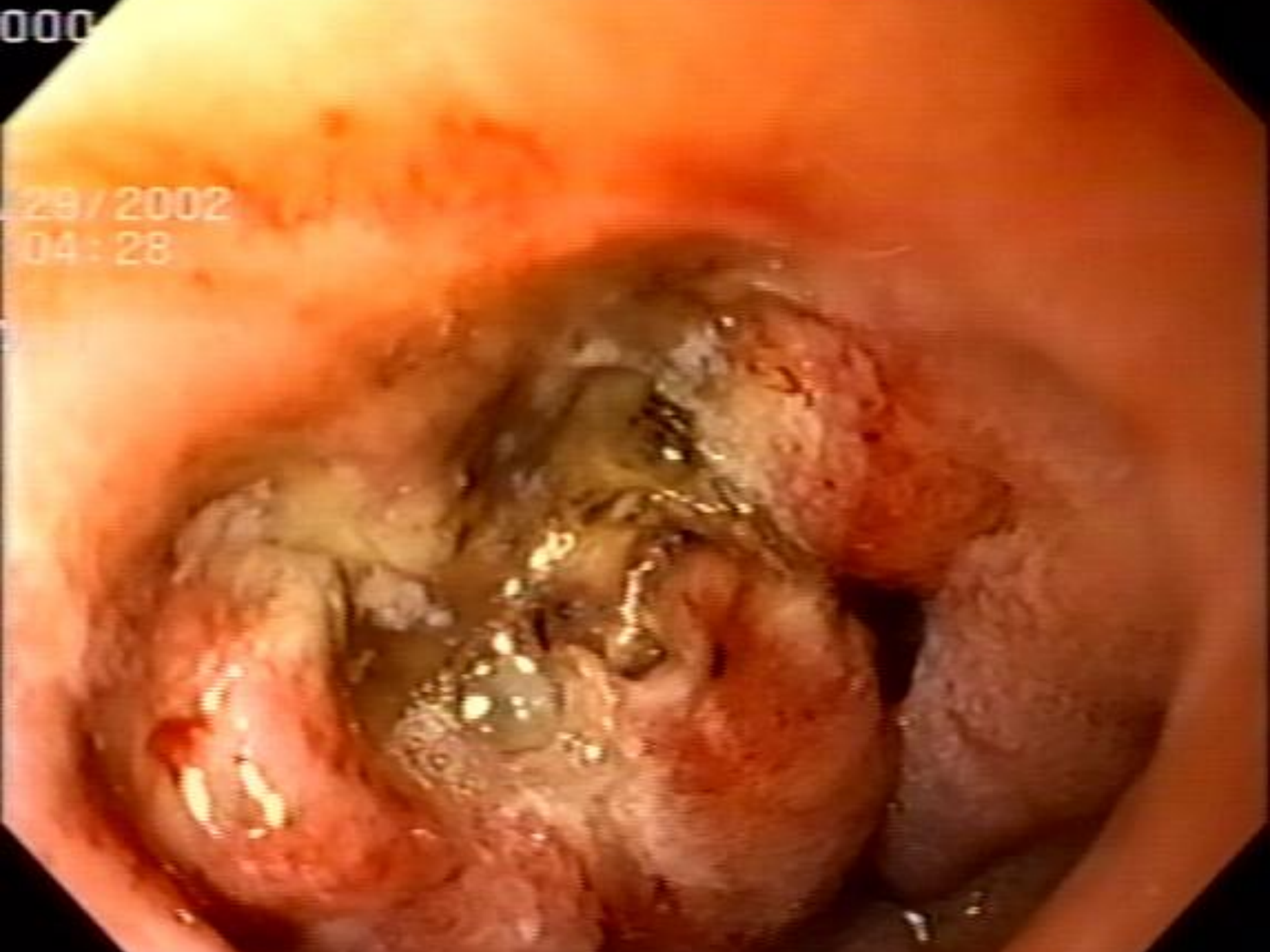
Ulcère gastrique



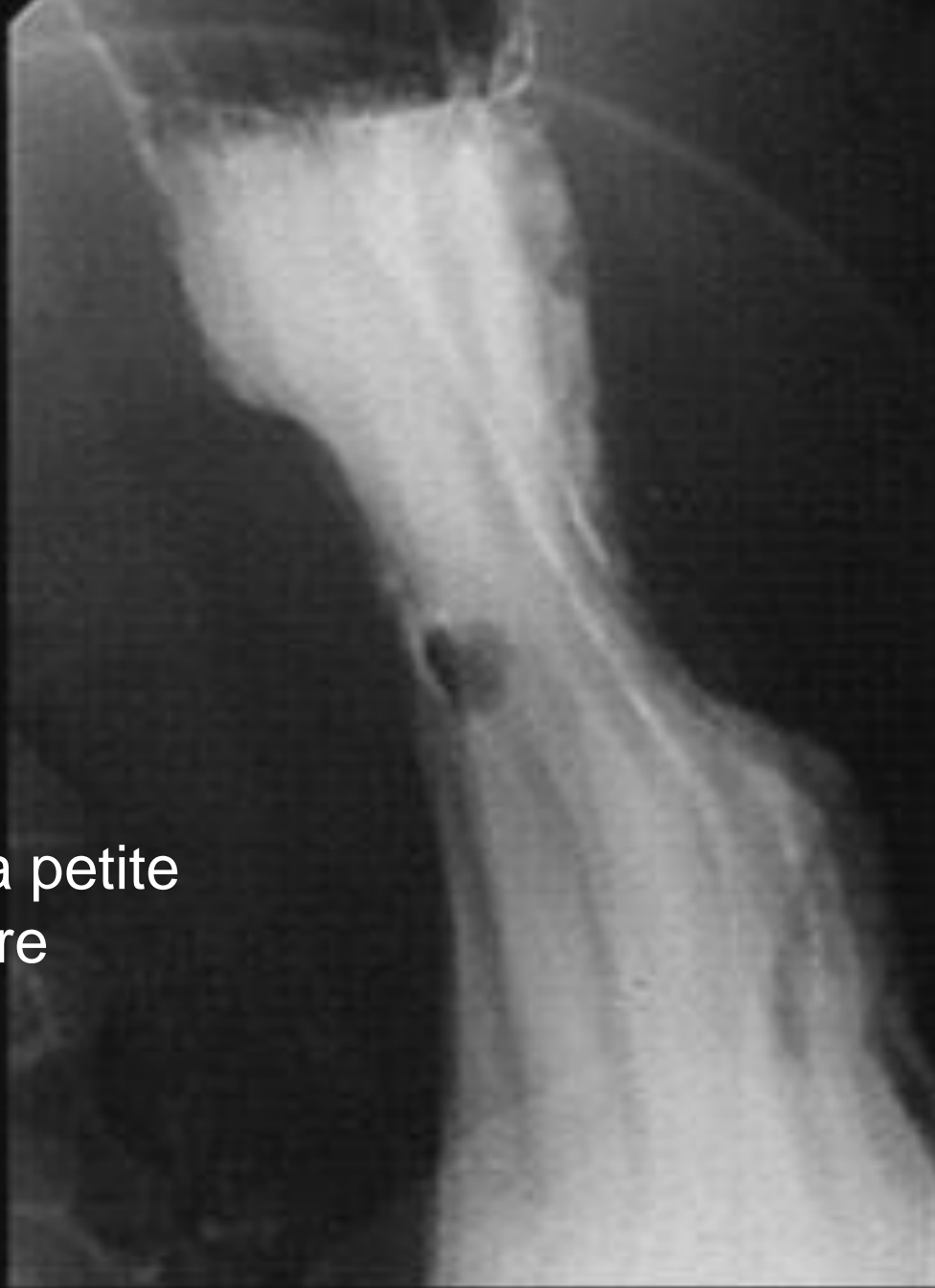
**Ulcère gastrique
creusant**

000

29 / 2002
04 : 28



Polype de la petite
courbure



- La ***transformation des lésions de gastrite atrophique*** est en cause dans la majorité des cas
- La surveillance de ces affections repose sur la ***fibroscopie avec biopsies***, tous les ans en cas de modification de symptômes
- Les lésions pré-cancéreuses sont retrouvées dans ***20% des cas***

ANATOMO- PATHOLOGIE

macroscopie:

.Siège : - Antropylorique 50%
- corps 25%
- cardiotubérositaire 25%

.Cancers invasifs: - F bourgeonnant
- F infiltrante localisée ou diffuse (linite)
- F ulcérée

■ Adénocarcinome invasif (85%)

- siège souvent dans la *région antro-pylorique*
- forme végétante, ulcéreuse ou infiltrante

■ Linite gastrique (5%)

- épithélioma *anaplasique infiltrant* avec épaississement de la paroi gastrique entraînant une *micro-gastrie*

■ Cancer superficiel (5%)

■ Lymphome

- l'*Helicobacter pylori* est présent dans 95% des cas

L' EXTENSION

■ Pariétale:

- aboutit à la **carcinose péritonéale** quand le péritoine est atteint (ascite)

■ Régionale:

- c'est un cancer **lymphophile** +++ qui colonise les ADP coeliaques

- et envahit colon, pancréas

■ Générale:

- **métastases hépatiques** +++ , péritonéales et parfois ovariennes (tumeurs de KRUKENBERG)

Classification TNM:

Classification UICC 2016 (8° Edition).

T : Tis : Tumeur intra-épithéliale

T1 : Tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse (cancer superficiel)

T2 : Tumeur étendue à la musculuse

T3 : Tumeur envahissant la sous séreuse (ligt GC ou GH, gd épiploon)

T4 : Tumeur envahissant la séreuse ou les organes de voisinage

T4a: envahissement séreuse

T4b: envahissement d'un organe de voisinage

N : N0 : pas d'envahissement ganglionnaire

Nx : ganglions non évalués ou moins de 15 ganglions examinés

N1 : 1 à 2 ganglions régionaux métastatiques

N2 : 3 à 6 ganglions régionaux métastatiques

N3 : Plus de 7 ganglions régionaux métastatiques

N3a: de 7 à 15 gg

N3b: 16 ou plus

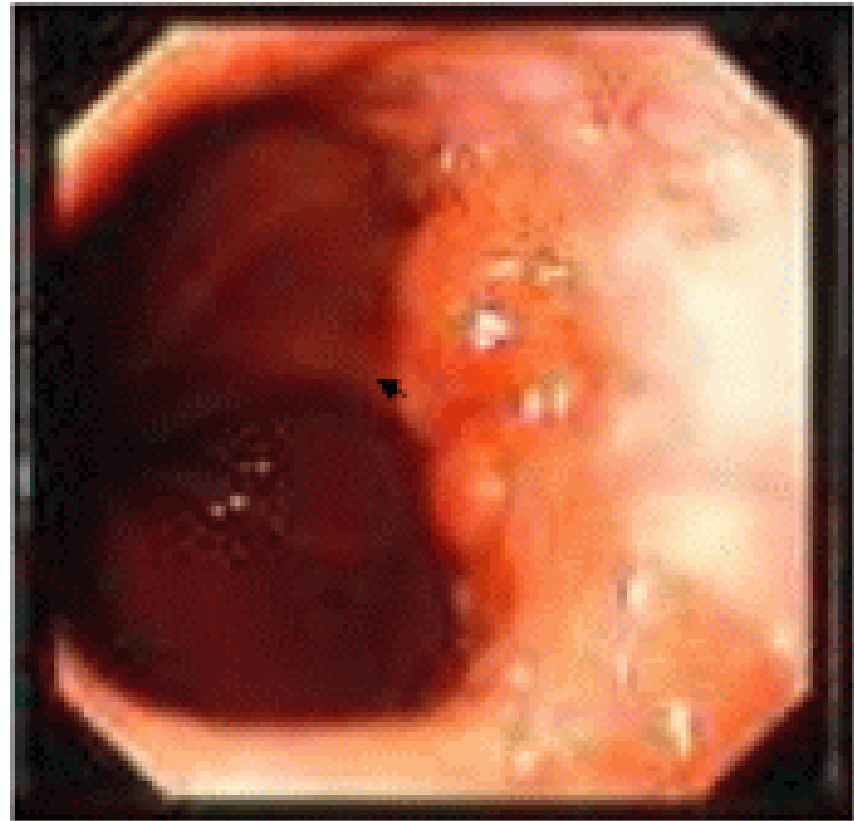
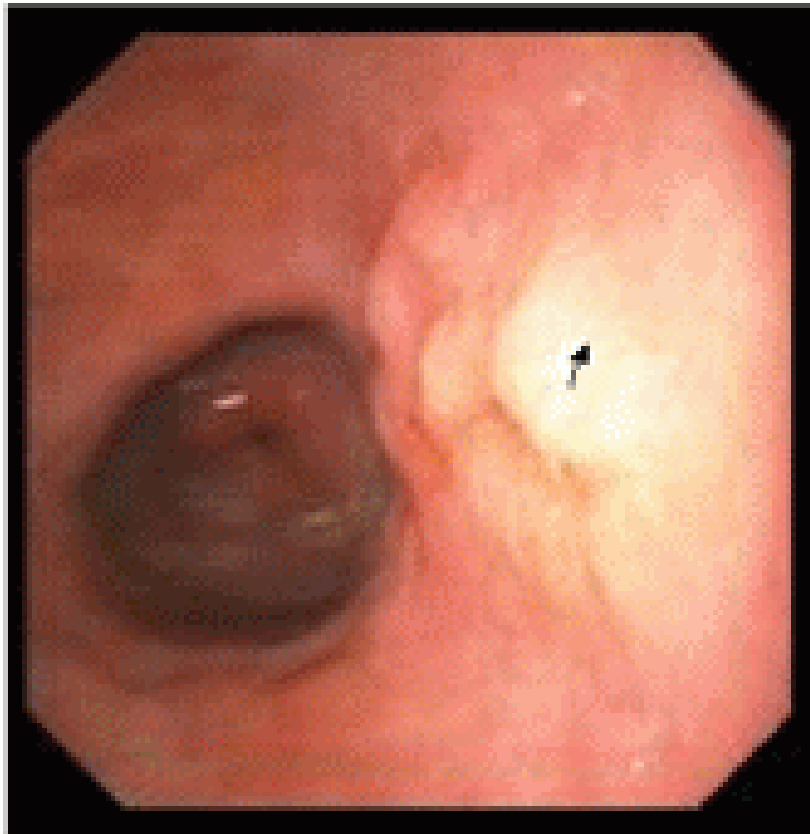
M : M0 : Pas de métastase

M1 : Métastase à distance (dont ganglions rétro-pancré atiques, mésentériques, para-aortiques, sus-claviculaires)

SIGNES CLINIQUES

...trop rarement de découverte fortuite à la fibroscopie +++ c'est le ***cancer superficiel...***

cancer gastrique superficiel



■ **La douleur ulcéreuse atypique (+++):**

- épigastrique, irradiant dans le dos
- indépendante des repas
- avec dyspepsie

■ **Une complication:**

- **vomissements** évocateurs de sténose pylorique
- **hémorragie digestive:** rarement sous forme d'hématémèse ou méléna, le plus souvent sous la forme d'une hémorragie distillante avec anémie microcytaire

■ **L'atteinte de l'état général:**

- asthénie, anémie, **anorexie** et **amaigrissement** +++

■ **Un syndrome para-néoplasique:**

- fièvre, **phlébites**

L'examen clinique est le plus
souvent normal (+++),
on recherchera :

- Une masse épigastrique,
- Une hépatomégalie,
- Un ganglion de TROISIÈRE
- Au TR: un méléna, une carcinose
- Au TV: une tumeur ovarienne

Résumons-nous:

- **Au niveau du cardia (10%):**
 - dysphagie, régurgitations, amaigrissement
- **Au niveau du fundus (35%):**
 - douleur ulcéreuse, masse palpable, amaigrissement
- **Au niveau de l'antre (55%):**
 - vomissements, douleur ulcéreuse, amaigrissement

Que faut-il faut demander ?

- Une fibroscopie digestive haute,
- Une échographie et TDM
- Une écho-endoscopie
- Un transit baryté ?
- Des examens biologiques

LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO DUODENALE

No. : 11

Name :

Age :

Sex :

2001

22:09

V-1

ment :



1. **Visualise la tumeur:** ulcéro-végétante, irrégulière, saignant au moindre contact. **Ulcère gastrique à bords surélevés** avec plis renflés en massue, convergeant vers l'ulcère (diamètre + 10 mm). **Rigidité pariétale**
2. **Précise son siège, son volume**
3. **Recherche des foyers de résurgence tumorale+++**
4. **Précise le degré de sténose**
5. **Permet des biopsies** multiples (+ 10)
6. **Confirme le type histologique**

Echographie et TDM

- **Systematique**
- **Sans et avec injection de produit de contraste**
- **Précise le siège et l'extension aux organes de voisinage**
- **Permet le dépistage de métastases hépatiques ou pulmonaires**

Cancer de l'estomac: stase avec niveau hydro-aérique



L' ECHOENDOSCOPIE

- C'est le seul examen qui visualise les différentes couches de la paroi gastrique et donc, *différentie les tumeurs superficielles* (muqueuses et sous-muqueuses) *des tumeurs invasives*
- Indispensables dans la *linite* et le *lymphome*
- Décèle les ADP métastatiques
- Permet la stadification TNM

TOGD ?

Adk de la pte courbure
atteignant l'antre



Linite gastrique



- ***Non systématique***, il est utile comme bilan pré-opératoire, dans un but cartographique
- Aspect de **lacune marginale**, large base d'implantation, irrégulière, perte du liseré muqueux de sécurité
- **Rigidité localisée**
- **Sténose infranchissable** en fibroscopie

LA BIOLOGIE

- **Anémie** microcytaire, **VS** élevée
- Élévation inconstante des **marqueurs** (ACE et CA 19-9) intéressant pour la surveillance
- Perturbations biologiques hépatiques de type **cholestatiques** en cas de métastases (gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubine)

Formes cliniques :

- **A/ formes topographiques:**

1. cancer du cardia :
2. cancer de la grosse tubérosité:
3. cancer de la grande courbure
4. cancer antropylorique

- **B/ Formes anatomocliniques:**

- 1/ **cancers superficiels:**

- limités a la muqueuse et sous muqueuse
- 15% des cancers de l' estomac
- Dc repose sur l'endoscopie et la biopsie

, parfois orientée par des colorations

2. La linite gastrique:

- représente 5 %
- infiltrant toutes les tuniques de la paroi
- peut être localisée , ou diffuse >>> tube rigide
- l'endoscopie : aspect blanchâtre épaissi de la muqueuse , paroi immobile
- les biopsies sont parfois négatives
- Echo- endoscopie >>> épaississement de la paroi
 - TOGD >> rétrécissement irrégulier de l'estomac
- >> micro gastre
 - Histologie: cellules indépendantes en bague a chaton
 - pronostic est redoutable , avec risque de survenu de carcinose précoce , avec 0 -5 % de survie a 5 ans

3/ les lymphomes:

-3 -8 % des cancers gastriques

-c' est la localisation la plus fréquente des LMNH

-l' endoscopie >>ulcération superficielle ,un
gros plis polypoïde

- biopsie +++

- trt dépend du grade de malignité

*LYM de bas grade de malignité >
chirurgie d'exérèse +RT +CH

* LYM de haut grade de malignité
>Exérèse chirurgicale

**4/ Cancers sur moignon gastrique : dont le traitement
c'est la DEGASTRO- GASTRECTOMIE**

BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

- **L'état général du malade**
- **L'extension loco-régionale et métastatique:**
 - **clinique:** fixité des tumeurs, ascite, hépatomégalie
 - **biologique:** marqueurs digestifs, tests hépatiques
 - **échographique, TDM, écho-endoscopie gastrique +++** (degré d'envahissement en épaisseur de la paroi gastrique et de colonisation ganglionnaire)

07
0:26
107
47

FRONT

1
H
J
T
E
L
5



TRAITEMENT

Le traitement curatif du cancer de l'estomac est strictement chirurgical

BUTS :

Résection de la tumeur et rétablissement de la continuité

Curage ganglionnaire tributaire

Assurer une survie confortable au malade

Méthodes :

Méthodes à visée curative : avec trois types de gastrectomies

Gastrectomie polaire inférieure :

Consiste en l'exérèse de la partie distale de l'estomac

Gastrectomie polaire supérieure

Gastrectomie totale :

Le rétablissement de continuité peut se faire de plusieurs manières :

Intervention à visée palliative :

Gastrectomie de propreté

Dérivations internes :

Gastro-entéro-anastomose

Anastomose oesotubérositaire

Stomie d'alimentation : Gastrostomie ou jéjunostomie dans les lésions étendues de l'estomac ; permettant d'éviter la dénutrition.

Les endo-prothèses :

Dilatations : sténosantes du cardia ; n'ont qu'un effet temporaire.

Forage endoscopique au laser :

La radiothérapie :

La chimiothérapie : adjuvante, néoadjuvante, périopératoire

Indications:

- Tm extirpables:

- Selon le siège:

Fundus et corps  Gastrectomie totale

Antropylorique  Gastrectomie polaire inferieure
sous l'angulus

- Selon le type Histologique:

Cancer indifférencié et à cellules en bague à chaton



Gastrectomie totale

FACTEURS PRONOSTIQUES :

Age : N'intervient comme facteur, que par le biais de mortalité opératoire qu'elle implique.

La taille de la tumeur :.

Le degré d'envahissement de la paroi gastrique.

Envahissement ganglionnaire :

Localisation de la tumeur

■ **Surveillance:**

clinique

biologique

radiologique