

Cancer de l'estomac

Le 22/01/2025

Pr Bafdel/Dr Guezi

• DEFINITION ET INTERET:

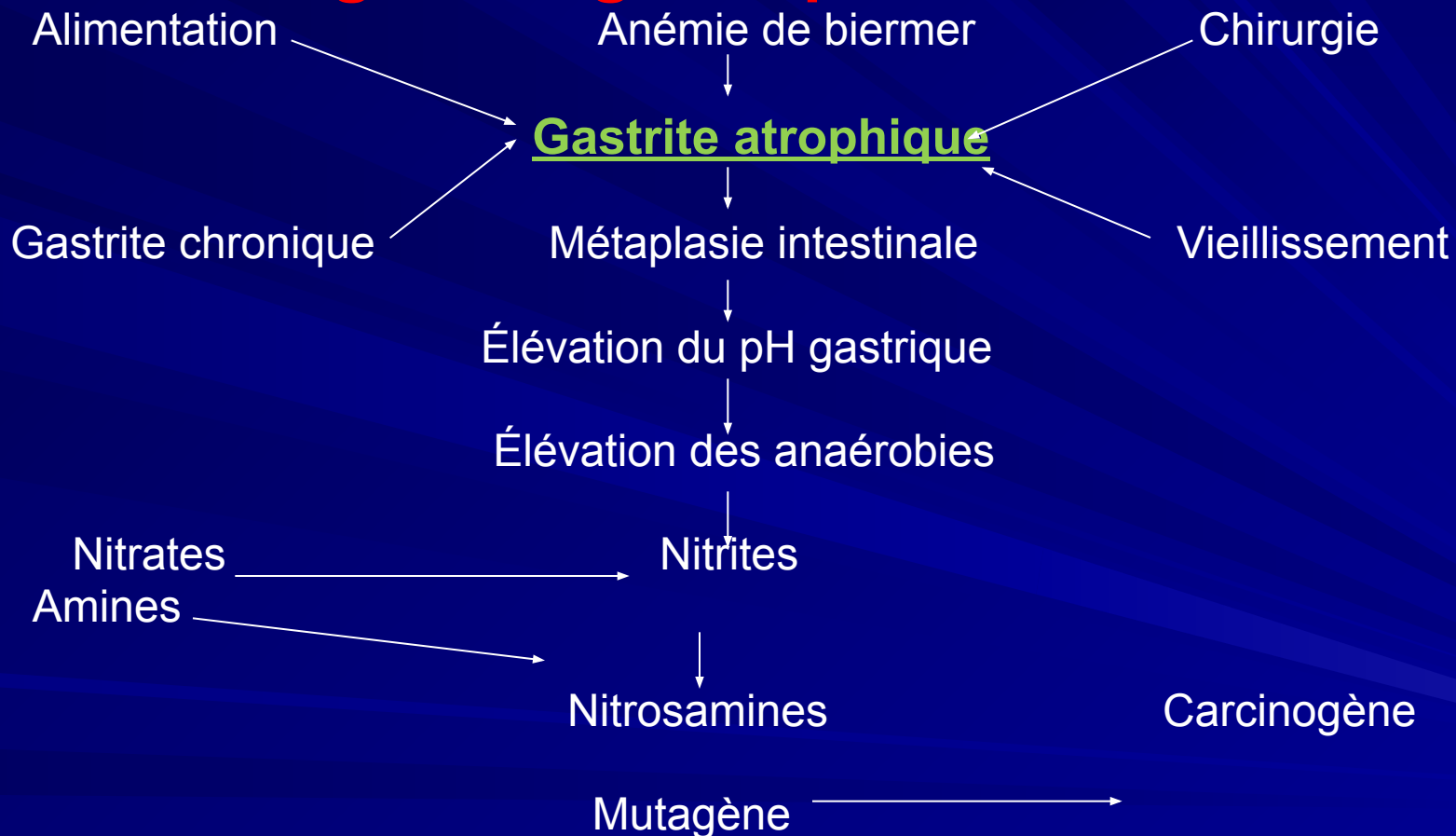
- C'est l'ensemble des tumeurs malignes développées au dépens de la paroi gastrique.
- Occupe le 3ème rang des cancers digestifs .
- Diagnostic amélioré par l'avènement de la fibroscopie digestive haute.
- Les progrès de la chirurgie et de la réanimation post-opératoire ont amélioré le pronostic.
- Intérêt grandissant pour le dépistage précoce.

EPIDEMIOLOGIE :

- la fréquence: plus fréquent au japon, au chili et dans certains pays de l'Europe du sud.
- le sexe: sexe ratio de 2 à prédominance masculine.
- l'âge: rare avant 40ans, la fréquence augmente au delà de 60 ans.
- La topographie: la fréquence augmente du cardia vers la région antre ,alors que le sexe ratio diminue; ainsi il est de 6 à 7 au niveau du cardia; et il avoisine 1 au niveau de la région antro-pylorique.

ETHIOPATHOGENIE:

1-Carcinogenèse gastrique:



2-Facteur alimentaire:

- * **Aliments favorisants:** sel; cuisine fumée; graisses et viandes et les conserves.
- * **Aliments protecteurs:** fruits et légumes riches en vitamines A et C.

3-Facteur infectieux:

L' *helicobacter pylori* est un élément nécessaire mais non suffisant du processus multifactoriel de la carcinogenèse gastrique.

4-facteur génétique:

- * fréquence élevée chez les sujets du groupe A rhésus positif
- * risque élevé chez les parents des patients cancéreux (1^{er} degré)

5- facteur socio-économique:

- * Fréquence élevée chez les sujets à bas revenu social.

6- Facteurs prédisposant:

1- Maladie de Biermer: (anémie de Biermer)

2- Polypes gastriques:

les polypes adenomateux sont à potentiel néoplasique;
Surtout si la taille supérieure à 2cm (villeux; tubuleux et
tubulo-villeux)

3- Maladie de ménétrier: épaissement considérable de la
muqueuse gastrique

4- Gastrectomie partielle pour lésions bénigne: risque
élevée après 15 ans, on incrimine le rôle du reflux biliaire et
l'hypochlorhydrie.

4- ulcère chronique de l'estomac:

- L'ulcéro-kc associe une structure ulcéreuse

chronique et un cancer en l'absence de toute formation épithéliale dans le socle scléreux

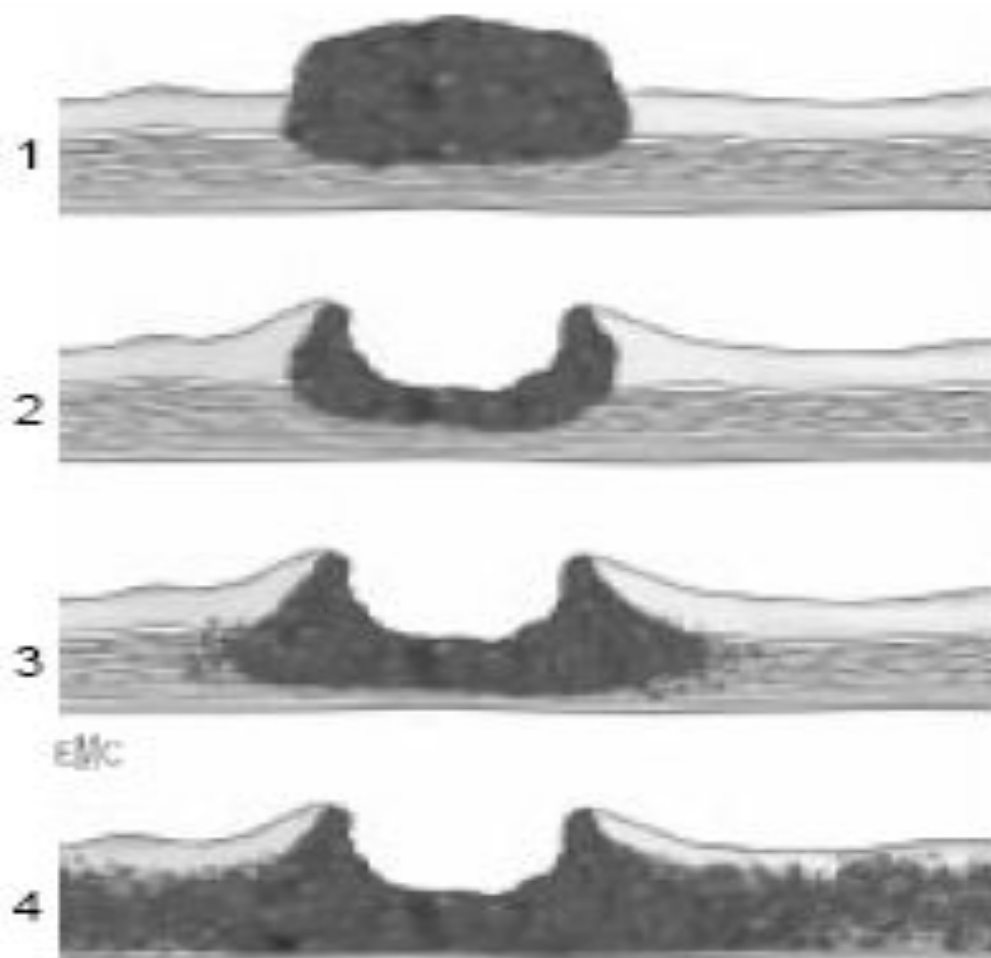
- le cancer peut se révéler sur la cicatrice d'un ulcère apparemment guéri

5- gastrite chronique:

le dénominateur commun est l'atrophie complète des glandes +/- une métaplasie intestinale. Le diagnostic est HISTOLOGIQUE

ANATOMO-PATHOLOGIE:

- **Siège:**
 - Antro- pylorique: $\frac{1}{2}$
 - Corporel: $\frac{1}{4}$
 - Cardio-tubérositaire: $\frac{1}{4}$
- **Type:**
 - Adénocarcinome:** 90%; développe au dépens de l'épithélium glandulaire de la muqueuse gastrique
 - Autres:** Tm carcinoïdes; sarcomes; lymphomes; linite plastique et Tm secondaires
- **Mode d'extension:**
 - contiguïté: transparietale
 - voie lymphatique: Kc lymphophile
 - voie sanguine: foie; poumons; surrénales; ovaires; os; thyroïde et peau
 - voie péritonéale



1 Classification de Borrmann.

La classification de Borrmann classe les tumeurs en fonction de leur type, protrus ou en dépression, et en fonction de l'infiltration sous-muqueuse.

1. Type I : tumeur protruse, extension sous-muqueuse limitée.

Types 2, 3, 4 : tumeurs en dépression.

2. Type II : tumeur en dépression sans extension sous-muqueuse.

3. Type III : tumeur en dépression avec extension sous-muqueuse limitée.

4. Type IV : tumeur en dépression avec extension sous-muqueuse diffuse dans l'estomac.

Classification TNM

- T : Tis : Tumeur intra-épithéliale sans invasion de la lamina propria, dysplasie de haut grade
 - T1 : Tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse (cancer superficiel)
 - T1a : Tumeur envahissant la lamina propria ou la musculaire muqueuse
 - T1b : Tumeur envahissant la sous muqueuse
 - T2 : Tumeur étendue à la musculuse
 - T3 : Tumeur envahissant la sous séreuse (y compris ligament gastro-colique ou gastro-hépatique ou grand épiploon)
 - T4 : Tumeur envahissant la séreuse ou les organes adjacents
 - T4a : Tumeur envahissant la séreuse (péritoine viscéral)
 - T4b : Tumeur envahissant un organe ou une structure de voisinage
- N : Nx : ganglions non évaluables
 - N0 : pas d'envahissement ganglionnaire
 - N1 : 1 à 2 ganglions régionaux métastatiques
 - N2 : 3 à 6 ganglions régionaux métastatiques
 - N3 : 7 ou plus ganglions régionaux métastatiques
- M : M0 : pas de métastase
 - M1 : métastase à distance (dont ganglions rétro-pancréatiques, mésentériques, para-aortiques, sus-claviculaires)

CLINIQUE :

- **Circonstances de découverte:**

1-douleurs épigastriques: de type ulcéreuse ou atypique.

2-Dysphagie: si atteinte cardio-tubérositaire

3-Amaigrissement: stade avance

4-Anémie

5-Syndrome paranéoplasique: température isolée; phlébite récidivante; neuropathie périphérique.

6-Certaines complications: perforation; sténose ou hémorragie digestive

- Examen physique:

- Normal au début

- A un stade évoluée: masse épigastrique palpable; HPM; ADP sus claviculaire gauche de TROISIER voir ascite et nodule du cul de sac de douglas

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

De diagnostic +++

- * **Endoscopie digestive Haute +biopsie**

- permet de visualiser la tumeur
- permet de pratiquer des biopsies
- permet le diagnostic à un stade précoce

- * **Echo endoscopie:**

- individualise les couches pariétales de l'estomac et découvre les ADPs de voisinage
- biopsie profonde(linite, biopsie non concluante)
- Traitement endoscopique

- **Bilan d'extension:**

- TDM abdominal: examen de référence pour apprécier l'évolution locale et les rapports de la tumeur avec les organes de voisinage.
- TDM thoracique: rechercher des métastases pulmonaires

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

- Ulcère gastrique
- Tumeurs malignes de voisinage
- Formations kystiques de voisinage; notamment les volumineux kystes hydatiques et les pseudo kystes du pancréas
- Tumeurs gastriques bénignes: polypes; lipomes; angiome.....etc.
- Kc de l'œsophage
- Corps étrangers: surtout bézoards chez les gastrectomies.

FORMES CLINIQUES:

- Formes symptomatiques:
 - *Formes compliquées: hémorragie; perforation et sténose
 - *Formes cachectisante
- Formes orificielles:
 - *cancer du cardia
 - *cancer antro-pylorique: associant la symptomatologie du Kc à celle de la sténose pylorique.
- Cancer superficiel ou précoc: Kc ne dépassant pas la sous muqueuse avec ou sans métastases ganglionnaire
- Formes anatomopathologiques:
 - *Linite plastique
 - *carcinome à stromas lymphoïde
- Cancer sur moignon gastrique.

TRAITEMENT:

- **BUT:**

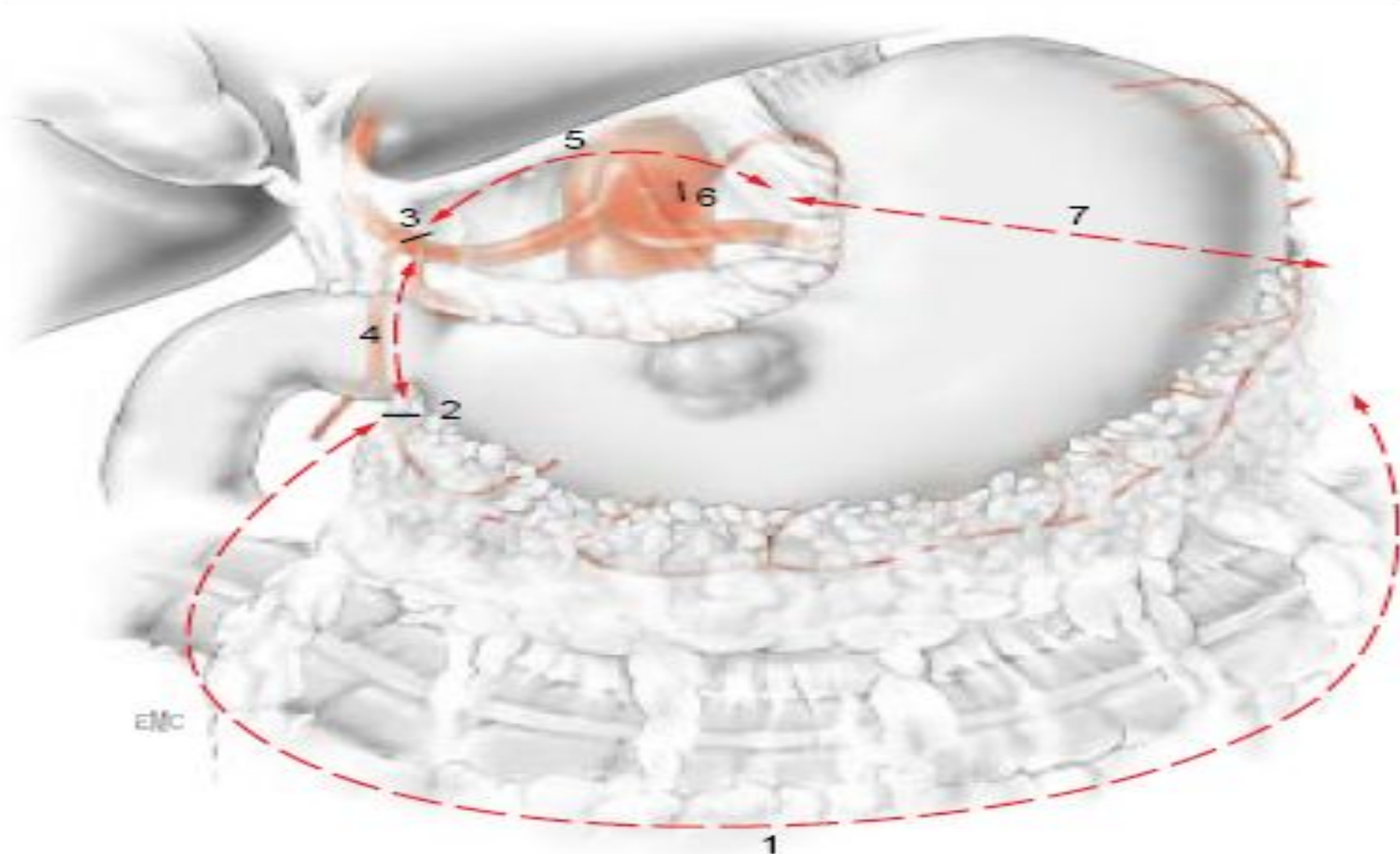
- *Corriger les désordres induits par la néoplasie
- *Rétablir le circuit digestif
- *Enlever le tissu néoplasique et les relais ganglionnaires
- *Éviter les complications et les récives

- **METHODES:**

- ***Chirurgie curative:**

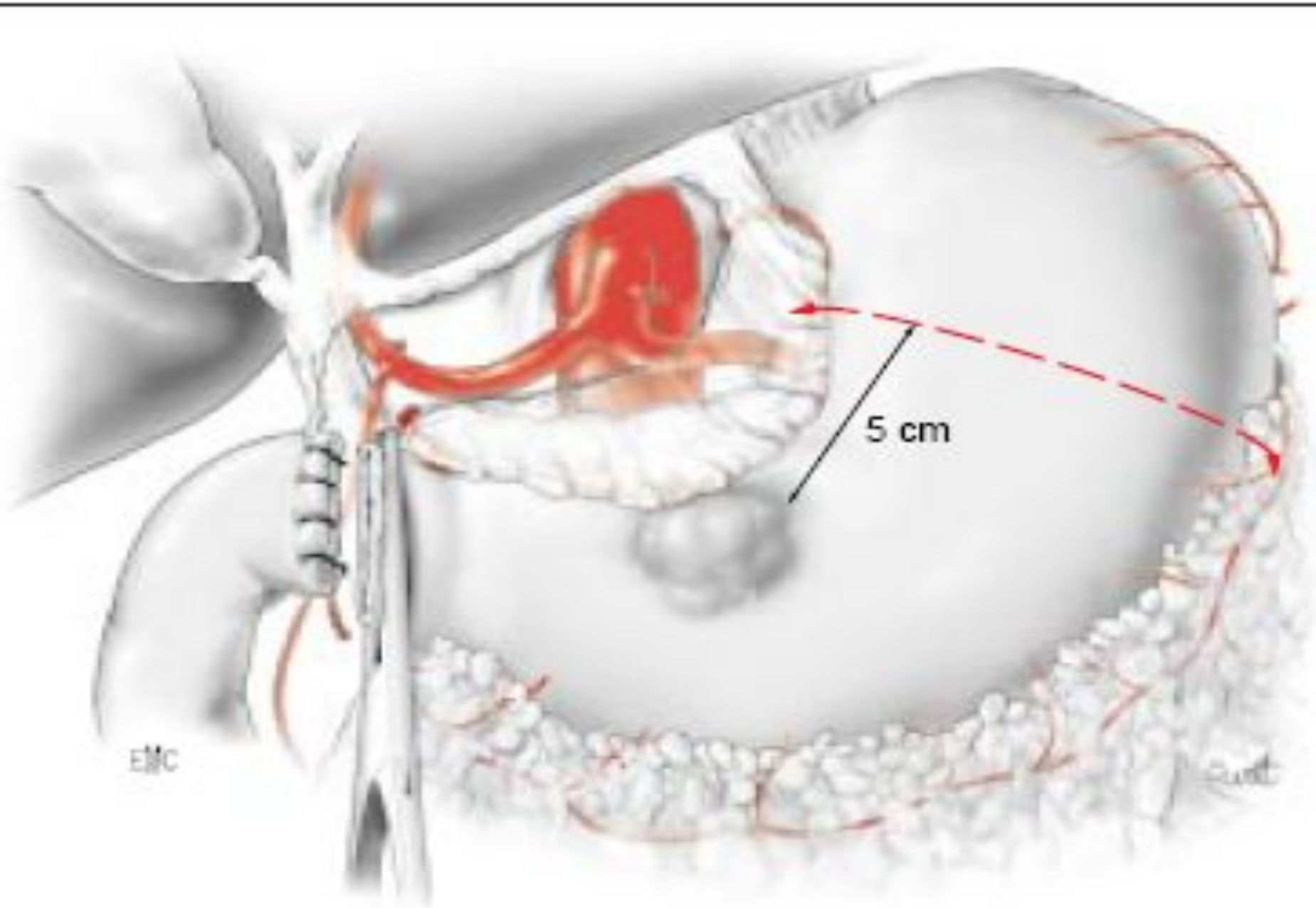
- La gastrectomie polaire inférieure
- La gastrectomie polaire supérieure
- La gastrectomie totale

sachant qu'une gastrectomie peut être élargie pour des raisons carcinologiques ou de nécessité.

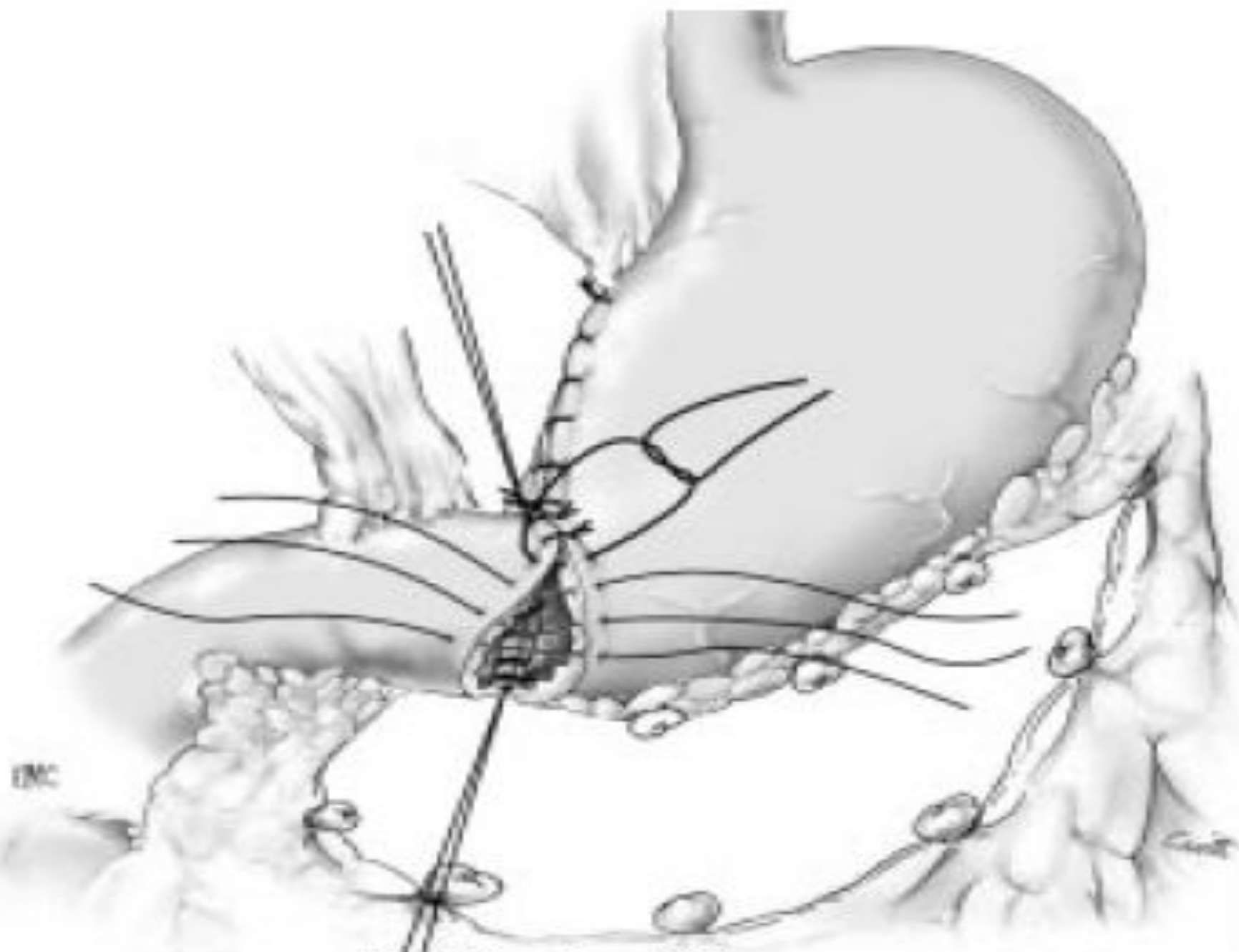


3 Principes de la gastrectomie.

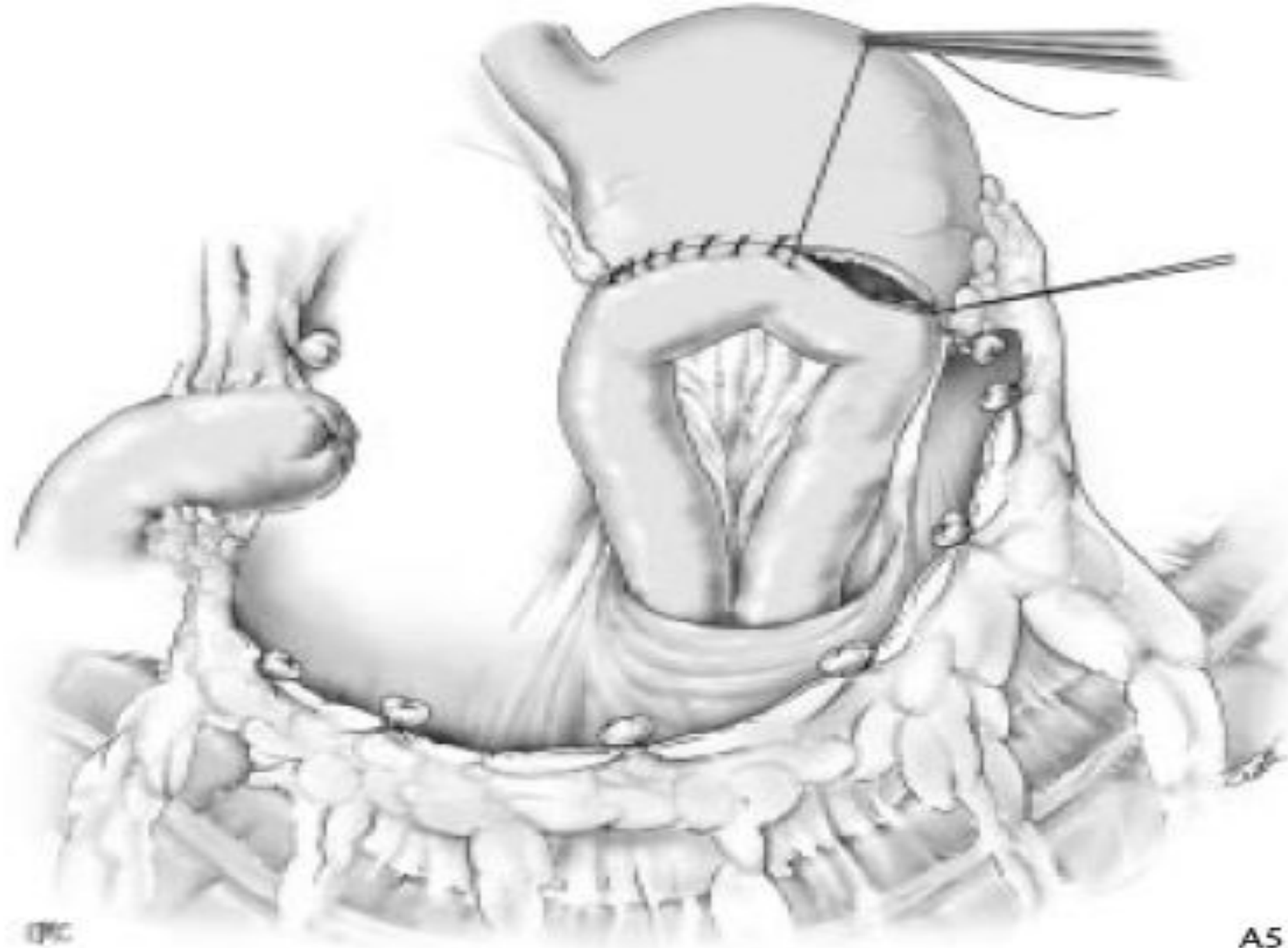
Premier temps : décollement coloépiploïque (1) ; deuxième temps : section de l'artère gastroépiploïque droite (2) ; troisième temps : section de l'artère gastrique droite (3) ; quatrième temps : section du duodénum (4) ; cinquième temps : dissection du petit épiploon (5) ; sixième temps : section de l'artère gastrique gauche (6) ; septième temps : section de l'estomac (7).

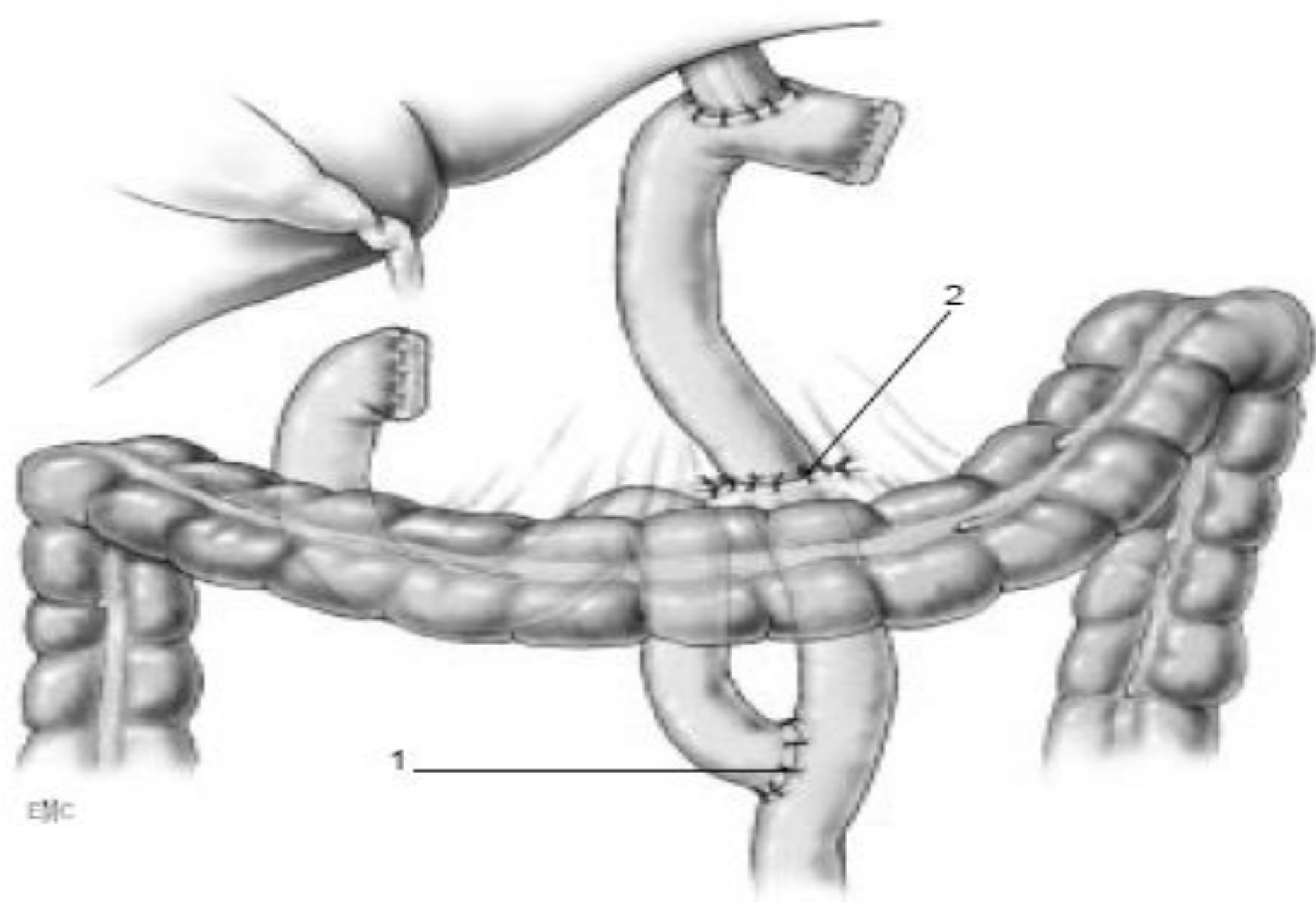


8 Section de l'estomac.



14 Péan plan antérieur.





19 *Anastomose au pied de l'anse.*

1. Anastomose terminolatérale à points séparés ; 2. fermeture de la brèche transmésocolique.

***Chirurgie palliative:**

- Les gastrectomies de propreté
- Les dérivations: GEA
- Les stomies d'alimentation: gastrostomie et jéjunostomie

***Endoscopie: traitement palliatif et curatif**

- Resection endoscopique
- Les endoprothèses
- Le forage au laser yag

***Radiothérapie**

***Chimiothérapie :**

néoadjuvante, adjuvante, palliative et intraperitoneale.

CONCLUSION:

- Affection médicale grave ;taux de survie globale à 5 ans est de 15%
- L' extension lymphatique est le facteur pronostic le plus important.
- En cas d'absence d'extension lymphatique 60 à 80% de survie à 5 ans.
- En cas d'existence lymphatique ;20 à 30% de survie à 5 ans.