

CANCER GASTRIQUE

I. INTRODUCTION:

- C'est de l'ensemble des tumeurs malignes qui se développent au niveau de l'estomac
- Il s'agit d'un adénocarcinome dans 90% des cas
- C'est un cancer fréquent, et reste grave, son pronostic est sombre (la survie à 5 ans ne dépasse pas 20 %) car le diagnostic est souvent tardif.
- Le diagnostic repose sur l'Endoscopie digestive haute et la biopsie
- Le traitement curatif de l'adénocarcinome gastrique est essentiellement chirurgical
- La chimiothérapie péri-opératoire a significativement améliorée les résultats.
- L'intérêt d'un diagnostic précoce : ne pas hésité à demander une endoscopie au moindre signe d'appel ou chez les personnes à haut risque.

II. EPIDEMIOLOGIE :

1. Fréquence : très fréquent ; Occupe

- Le 2ème rang des cancers digestifs après le cancer colorectal
- Le 4ème rang de tous les cancers chez l'homme et le 5ème chez la femme
- Plus fréquent au Japon, Chine, Chili, Europe de l'est.

2. Age : il peut se voir à tout âge avec un pic de fréquence à 70 ans

3. Sexe : plus fréquent chez l'homme que chez la femme (sex ratio 2/1)

4. Facteurs étiologiques :

a. Facteurs alimentaires :

- Le sel et les nitrosamines (aliment conservés) .
- La faible consommation de fruits et légumes.

b. Tabagisme .

c. Infection à l'helicobacter pylori (HP) :

Le risque relatif de cancer est 5 fois plus augmenté en cas d'infection à l'helicobacter pylori .

d. Lésion gastrique prédisposantes :

Les patients porteurs de ces lésions sont considérés comme des personnes à haut risque (surveillance) :

- Gastrite chronique atrophique .
- Ulcère gastrique .
- Polype gastrique adénomateux.
- Gastrectomie partielle pour lésion bénigne ; cancer sur moignon.
- Maladie de Ménétrier ou gastrite hypertrophique géante.
- Gastrite de l'anémie de Biermer (carence en vit B12).

e. Facteurs génétiques :

Le risque de cancer gastrique est augmenté chez :

- les apparentés au premier degré d'un sujet atteint de cancer gastrique.
- les patients ayant un syndrome de LYNCH ou syndrome d'HNPCC (hereditary non polyposis colorectal cancer).
- les patients atteints de polypose adénomateuse familiale (PAF).

NB : il existe des formes héréditaires d'ADK gastrique, suspectées devant un âge de survenue précoce (avant 40 ans) où l'existence de plusieurs cas familiaux de cancer gastrique ou de cancers associés (estomac + colon, estomac + sein) une telle suspicion doit conduire à orienter le patient vers une consultation d'oncogénétique.

III. ANATOMOPATHOLOGIE :

1. Macroscopie :

Siège de la tumeur :

- Antral 50%
- Corporel (medio-gastrique) 25%
- Cardiotuberositaire 25%

Aspect :

- Végétante ou Bourgeonnante
- Infiltrante
- Ulcéré
- Ulcero-vegetante ou ulcero-bourgeonnante (la plus fréquente 35%)

2. Microscopie :

- Adénocarcinome : 90% des cancers gastriques ; la forme histologique la plus fréquente, il peut être bien, moyennement ou peu différencié
- Autres (sont rares) : Les Tumeur carcinoïde (tumeur endocrines), les Sarcomes, les Lymphomes (LMNH) les tumeurs stromales (GISTES), les métastases gastriques.

3. Extension :

- **Locale** : dans les différentes couches de la paroi gastrique
- **Locorégionale** :
 - Vers les organes de voisinages (colon, pancréas, foie, voies biliaires)
 - Les relais lymphatiques (ganglions tributaires)
- **A distance** : métastases hépatique, pulmonaire, carcinome péritonéale, métastases ovariennes (tumeur de KRUKENBERG).....ect

4. Classification : la classification TNM la plus utilise

T_{is} : Tumeur intra-épithéliale sans invasion de la lamina propria, dysplasie de haut grade

T₁ : Tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse

T_{1a} : Tumeur envahissant la *lamina propria* ou la *musculaire muqueuse*

T_{1b} : Tumeur envahissant la sous muqueuse

T₂ : Tumeur étendue à la musculuse

T₃ : Tumeur envahissant la sous séreuse

T₄ : Tumeur envahissant la séreuse ou les organes adjacents

N₀ : pas d'envahissement ganglionnaire

N_x : ganglions non évaluables

N₁ : 1 a 2 ganglions régionaux métastatiques

N₂ : 3 à 6 ganglions régionaux métastatiques

N₃ : 7 ou plus ganglions régionaux métastatiques

. N_{3a} : 7 à 15 N_{3b} : 16 ou plus

M₀ : pas de métastases

M₁ : métastases a distance (dont ganglions sus claviculaire , rétro-pancréatique, mésentériques, . .
. Para-aortiques).

Classifications histologiques :

1- Classification de Lauren

- Intestinal
- Diffus (incluant les carcinomes a cellules isolées)
- Mixte (approximativement 50% de chaque type)

2- Classification OMS 2010

- Adénocarcinome ;
 - Tubuleux
 - Papillaire
 - mucineux (>50 % colloïde muqueux)
 - a cellules indépendantes (>50 % de cellules en bague a chaton ou isolées)
- Carcinome adeno-squameux
- Carcinome avec stroma lymphoïde (médullaire)
- Carcinome hepatoïde
- Carcinome épidermoïde
- Carcinome indifférencie
- Carcinome neuroendocrine

VI. DIAGNOSTIC :

1- Circonstances de découverte :

Le cancer de l'estomac a une symptomatologie le plus souvent discrète et atypique ce qui entraîne une négligence (médecin, malade) d'où le diagnostic souvent tardif.

- **La douleur abdominale** : c'est le symptôme révélateur le plus fréquent, de siège épigastrique,

Soit de type ulcéreux, soit atypique avec sensation de pesanteur ou de brûlures épigastrique.

- **Altération de l'état général** : asthénie, anorexie, amaigrissement, anémie.

- **Syndrome paranéoplasique** :

- Fièvre isolée.
- Thrombophlébite des membres.
- Neuropathies périphériques.
- Acantosis nigricans (lésion cutanée)

- **Complications** :

- Hémorragie digestive ; hématemèse, méléna, anémies.
- Sténoses digestives hautes : vomissement (tumeur antrale) dysphagie (tumeur cardiaque).
- Perforation tumorale : tableau de péritonite.

2. Examen clinique :

- L'examen clinique est le plus souvent négatif, surtout dans les formes précoces.

- A un stade avancé on peut retrouver :

- masse épigastrique.
- Ascite.
- hépatomégalie multi nodulaires.
- ganglion de TROISIER.
- un nodule du Douglas au TR.

3. Diagnostic positif :

Le diagnostic positif est anatomopathologique et repose sur des biopsies réalisées au cours d'une fibroscopie oesogastroduodénale (FOGD).

Endoscopie Oesogastrique : c'est l'examen clef pour le diagnostic.

- Elle permet de visualiser directement la lésion et en précise les caractères, préciser l'étendue de la tumeur en hauteur et en circonférence.

- D'effectuer des **biopsies multiples** (au moins 8 Biopsies).

- Des biopsies antrales à la recherche d'une infection à *Helicobacter pylori* sont souhaitable.

V. BILAN D'EXTENSION :

1. Scanner Thoraco-abdomino-pelvien (TAP) : C'est l'examen de référence, il permet le bilan d'extension locorégional et général.

- Bilan de résecabilité ; rapports de la tumeur avec les organes de voisinage (foie, colon, pancréas, rate), et les vaisseaux.

- Recherche de métastases ; hépatique, pulmonaire, péritonéale.....

- Ses performances pour préciser L'extension ganglionnaire et pariétale sont inférieures à celles de l'échoendoscopie.

2. Echo-endoscopie : C'est l'examen le plus performant pour apprécier l'extension intra pariétale de la tumeur, aux organes de voisinages et de détecter les ADP.

3. Laparoscopie exploratrice : avec lavage péritonéale pour cytologie utile en cas de tumeur volumineuse, dont la résecabilité est douteuse sur le scanner, et en cas de doute sur une carcinose péritonéale.

4. Biologie :

- Examens biologiques standard : FNS, fonction rénale, bilan hépatique ...

- Marqueurs tumoraux : ACE, CA 19.9 (intérêt dans la surveillance).

5. Bilan d'opérabilité : Le terrain, âge, ATCD du malade, examen cardiovasculaire, état nutritionnel, bilan préopératoire standard.

Au terme du bilan :

1 - Tumeur résécable non métastatique.

2 - Tumeur localement avancée non métastatique.

3 - Tumeur métastatique.

VI. FORMES CLINIQUES :

A- Formes topographiques :

1. Cancer antropylorique : représente la localisation la plus fréquente 50% réalise un tableau de sténose digestive haute (au TOGD image en trognon de pomme).

2. Cancer du cardia : c'est un cancer qui se situe à moins de 2 cm de la jonction œsogastrique la dysphagie est le symptôme révélateur, son traitement est complexe, le pronostic est sombre.

3. Cancer de la grosse tubérosité : souvent latent et prend un volume important.

4. Cancer du Corps gastrique (Fundique) : reste longtemps asymptomatique pouvant envahir le colon transverse.

B- Formes anatomocliniques :

1. Cancer superficiel : (cancer gastrique précoce)

Représente 10% des cas, Sa fréquence est plus élevée au Japon 40%.

C'est un cancer limité à la muqueuse gastrique (ne dépassant pas la sous-muqueuse) avec ou sans atteinte ganglionnaire.

Souvent asymptomatique, le diagnostic est endoscopique.

Il est de bon pronostic : 90% de survie à 5 ans.

2. La lésion gastrique :

5 à 10% des cancers gastriques, en particulier chez le sujet jeune.

Le diagnostic de la lésion est macroscopique (paroi rigide épaisse blanchâtre) et à l'histologie un adénocarcinome de type diffus, avec le plus souvent des cellules indépendantes en bague à chaton, infiltrant toutes les tuniques de l'estomac d'une façon étendue réduisant l'estomac à un tube rigide. L'extension est sous muqueuse nécessitant des biopsies profondes.

De très mauvais pronostic.

3. Cancer sur moignon gastrique : la tumeur se développe sur la bouche anastomotique. (plus de 15 ans après).

VIII. TRAITEMENT : - Essentiellement chirurgicale.

- La chimiothérapie est essentielle en péri opératoire.

A. Chirurgie :

1- Principe :

- Exérèse carcinologique.
- Curage ganglionnaire D₁ – D₂ (D_{1.5}).
- Rétablissement de la continuité digestive.
- Etude ana-path de la pièce.

2- Méthodes :

a- Chirurgie Curatives :

- **Gastrectomie des 4/5 ou polaires inférieures** avec rétablissement de la continuité digestive par anastomose gastro-jéjunale.
- **Gastrectomie totale** avec rétablissement de la continuité par anastomose oeso-jéjunale sur anse monte en Y.
- **Gastrectomie totale élargie** au bas œsophage, rate, colon transverse, pancréas.....

b- Méthodes palliative :

- Exérèse de propreté.
- Gastro-entero-anastomose (GEA).
- Jejunostomie d'alimentation.
- Traitement endoscopique palliatif : prothèse métallique expansive (sténose).

3- Contre indication :

- Atteinte péritonéale (carcinose, ascite néoplasique).
- Cachexie majeur.
- Métastases hépatiques.

B. Traitement néo adjuvant et adjuvant :

1- Chimiothérapie :

- Le cancer gastrique est chimiosensible.
- elle est indiquée à visé **curative** en néo adjuvant et en adjuvant à la chirurgie.
(Péri opératoire : avant et après la chirurgie) Et à visé **palliative** dans les cancers localement avancés et métastatiques.
- Protocole utilisé :
ECF (epirubicine cisplatine 5fluorouracil) : 03 Cures.
FLOT (5fluorouracil, Oxaliplatine , Docetaxel) : 04 Cures.

Une étude récente comparant l'ECF et le FLOT montre une supériorité du schéma FLOT sur la réponse histologique, la survie sans récurrence et la survie globale.

2- Radiothérapie :

Souvent en association à la chimiothérapie.

Radio-chimiothérapie en adjuvant (FUFOL + 45 GRAY).

C. Indication thérapeutique:

Les résultats de la chirurgie seule sont significativement améliorés par une **chimiothérapie péri-opératoire** (pré et postopératoire) en dehors des tumeurs classées **stade I** (T1 T2 N0 / T1 N1) à l'évaluation préopératoire.

La radio-chimiothérapie adjuvante garde des indications limitées, elle a été Remplacée par la chimiothérapie péri-opératoire, beaucoup mieux tolérée.

- **Pour les cancers de l'antrum non limités** une gastrectomie des 4/5 est la référence.
Pour les limites antrales : la gastrectomie totale est recommandée (une gastrectomie des 4/5 peut être proposée si la marge de résection proximale R0 est > 8 cm).
- **Pour les cancers proximaux** la gastrectomie totale est la référence.
- **Pour les cancers du corps gastrique** : gastrectomie totale.
- **Pour les cancers envahissant les organes de voisinage** l'exérèse doit être élargie aux organes de voisinage en monobloc.

XI. PRONOSTIC :

Le pronostic est péjoratif en raison du diagnostic tardif.

La survie globale à 5 ans se situe autour de 15 à 20 ans.

Le pronostic du cancer gastrique dépend de plusieurs facteurs :

- La Précocité du diagnostic.
- L'envahissement ganglionnaire : meilleure survie si N0 (60% si N0 VS 30% si N+).
- Le degré de l'extension pariétale et La présence de métastase.
- La qualité de l'exérèse chirurgicale R0 ou non (R1, R2).