

Université Abou Bekr Belkaid Tlemcen

Faculté de médecine département de médecine

Année universitaire 2017- 2018

Quatrième année de médecine—Module d'hépatogastro-entérologie

Enseignant : Professeur M.kherbouche

Cours : cancer gastrique

Introduction

Le cancer de l'estomac regroupe toutes les tumeurs primitives représentées par les tumeurs épithéliales dont 90°/° sont des adénocarcinomes et qui seront cités dans ce cours

Malgré les progrès réalisés dans les méthodes diagnostics et thérapeutiques, le pronostic reste sévère en dehors des formes de cancers superficiels.

Le traitement est essentiellement chirurgical

Notions d'épidémiologie

L'incidence du cancer a diminuée durant les 30 dernières années

L'incidence au **Japon** est la plus élevée au monde (plus de 60°/° des tumeurs sont diagnostiquées au stade de cancer superficiel (politique de dépistage)

Algérie : occupe la 5^{ième} place des cancers et le 2^{ième} cancer digestif après les cancers colorectaux

Age de survenue : homme surtout (sex ratio 2 à 2,5) à partir de 65 ans mais aussi chez le jeune (forme agressive)

Facteurs de risque : gastrite chronique secondaire à l'hélico bacter pylori ; antécédent de gastrectomie partielle (par reflux biliaire), gastrite de Biermer , polypes gastriques (polypes adénomateux)

Facteurs exogènes : tabac, alimentation salée et fumée (riche en nitrate), et pauvre en légumes et fruits frais

Facteurs génétiques : 1 à 3 °/°sujets jeunes développant des cancers de type diffus par mutation du gène codant pour la protéine E cadhérine par analogie au cancer de type intestinal chez le sujet âgé souvenant sur la gastrite chronique atrophique ensuite métaplasie intestinale ensuite dysplasie et cancer par la suite

Etude anatomopathologique

Siège tumoral La partie distale et l'antre gastrique sont le siège fréquent ensuite le Corps de l'estomac (fundus) et la partie proximale de l'estomac

NB/ les lésions multifocales sont possibles

Taille des lésions : on distingue des formes invasives et des formes superficielles

Aspect macroscopique : formes ulcérées, bourgeonnantes, infiltrantes et mixtes

Etude histologique : 90%/° ce sont des adénocarcinomes dont il faut préciser le type et le grade (degré de différenciation) il faut citer la particularité des carcinomes à cellules en bague à chaton de mauvais pronostic souvent réalisant des formes infiltrantes (linité gastrique) ; tumeurs stromales, lymphomes, tumeurs neuro endocrines

Classification histo -pronostic : classification TNM

Symptomatologie :

Epigastralgies ; nausées et vomissements (tumeurs distales sténosantes) ; dysphagie (tumeurs proximales infiltrant l'œsophage)

Altération de l'état général (anorexie, asthénie, amaigrissement)

Anémie rarement hémorragie digestive (hématémèse ou méléna)

Syndrome péritonéal (tumeur perforée en péritoine libre)

Syndrome para néoplasique : thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire

Découverte du cancer au cours de la surveillance de lésions pré disposantes (gastrite de Biermer, gastrectomie partielle) ou à l'imagerie médicale (métastase ovarienne, hépatique, nodule de carcinose, nodule ombilicale....)

Démarche diagnostic

Antécédents personnels et familiaux (cancers familiaux), rechercher des facteurs de risque (antécédents d'ulcère gastrique, de gastrite atrophique, Biermer, gastrectomie partielle)

Examen physique : rechercher une anémie clinique, une ascite, une masse épigastrique, hépatomégalie métastatique, adénopathie sus claviculaire gauche (ganglion de Troisier), nodule de carcinose sur le cul de sac de Douglas (TR) , rechercher une tumeur de Krukenberg chez la femme (métastase ovarienne.

Confirmation diagnostic : endoscopie digestive haute avec biopsies multiples

Éléments pronostics prédictifs de réponse au traitement : marqueurs tumoraux, antigène carcino- embryonnaire (A C E) et cancer antigène (CA 19-9), servent aussi pour le control post traitement.

Bilan d'extension :

- TDM thoraco abdomino pelvien : recherche de métastases hépatiques, pulmonaires, ovariennes, carcinose péritonéale, envahissement des organes de voisinage, adénopathies sus et sous diaphragmatiques
- **Autres examens non systématiques:**

Echo-endoscopie gastrique pour les cancers estimés superficiels dont le but d'envisager un traitement endoscopique éventuel de la lésion

Examen laparoscopique (tumeurs évoluées à l'imagerie médicale avec doute sur la résecabilité

Bilan pré-thérapeutique : rechercher des comorbidités, évaluation de l'état général (classification OMS), bilan nutritionnel (pourcentage d'amaigrissement, taux d'albuminémie, taux de protidémie), Evaluation cardiaque (fonction du VG) ; Evaluation pulmonaire ; Bilan sanguin : hémogramme, fonction rénale, fonction hépatique, fonction d'hémostase

Immuno histochimie / détermination du statut du récepteur HER-2 en cas d'un bilan d'extension évoquant une forme métastatique du cancer gastrique (examen sur biopsie gastrique)

Oncogénétique : recherche de mutation du gène de la cadhérine E (CDH 1)ou syndrome de lynch en cas d'antécédents familiaux de cancers digestifs ou gynécologiques ou survenue de carcinome gastrique avant 40 ans

Evaluation gériatrique si patient dont l'âge sup. à 75 ans

Traitement :

La chirurgie est le traitement de référence, il est fonction du stade de la tumeur (stade TNM)

La chimiothérapie encadrant la chirurgie peut être proposée (néo adjuvante ou adjuvante)

Chirurgie curative : ayant pour principe une résection gastrique emportant la tumeur (gastrectomie partielle ou totale avec des marges saines et emportant les relais ganglionnaires de drainage péri gastriques (chirurgie sans résidu tumoral)

Modalités : tumeurs distales (1/3 inf. et antre gastrique) , on réalise une gastrectomie distale de 4/5 tumeurs proximales (2/3 sup.) et fundus gastrique, on réalise une gastrectomie totale

Après gastrectomie, le rétablissement de la continuité gastrique est assuré par un montage utilisant l'intestin grêle.

La découverte per opératoire de métastases abdominales résécables ou métas isolées de petite taille hépatique, ovarienne ou péritonéale ; la résection de la tumeur primitive et des métastases peut être discutée au cas par cas en fonction de l'état général et données du scanner thoraco-abdomino-pelvien.

Chirurgie palliative : La chirurgie indiquée à titre non curatif :

- gastrectomie totale ou partielle pour tumeur évoluée et compliquée (perforation, hémorragie, sténosante) et sera suivie de chimiothérapie ou radio chimiothérapie au cas par cas
- Une lésion inextirpable et sténosante distale nécessite une dérivation du bol alimentaire en réalisant une gastro entéro anastomose ; une lésion proximale sténosante et inextirpable peut nécessiter une jéjunostomie d'alimentation ;

Dans les formes avancées et résécables : une chimiothérapie pré opératoire 2 à 3 mois avant chirurgie ou chimiothérapie post opératoire durant 2 à 4 mois débutée 6 à 8 semaines apres chirurgie.

Dans les formes localement avancées ; la chimiothérapie encadrant la chirurgie est le traitement de référence, une radio chimiothérapie post opératoire peut etre également proposée ou soins symptomatiques.

Si métastases non résécables : chimiothérapie palliative ou soins symptomatiques

Au total Les indications thérapeutiques sont décidées au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire