

CANCERS GASTRIQUES

Dr TOUAITIA

I- INTRODUCTION

- Le cancer de l'estomac est une maladie grave.
- C'est l'ensemble des tumeurs malignes développées au dépens de la paroi gastrique
- Les carcinomes représentent les tumeurs les plus fréquentes : **90-95%** des cancers gastriques, suivi par les lymphomes (**4%**), TNE (**3%**), et enfin les tumeurs stromales malignes (**2%**).
- Il vient au **2^{ème}** rang des cancers digestifs et au **4^{ème}** rang de tous les cancers.
- Pronostic redoutable; 15% de survie à 5 ans car son diagnostic est souvent tardif

II- ÉPIDÉMOLOGIE

- Le cancer gastrique est très largement répandu dans le monde. Son incidence varie selon les pays; on distingue :
 - 1. Zone de haut risque** : Japon ,Chine, Chili, Europe de l'est
 - 2. Zone de risque moyen** : Europe occidentale, USA, Canada
 - 3. Zone de faible risque** : Afrique
- Hommes > femmes sexe ratio : 2♂/1♀.

III- FACTEURS DE RISQUES

- Le régime alimentaire : - dérivés nitratés (aliments congelés)
 - Légumes en conserve
- Le tabagisme
- Les gastrites chroniques atrophiques
- Les infections à Helicobacter pylori (Hp)
- Métaplasie intestinale et dysplasie
- Adénomes gastriques avec dysplasie

III- FACTEURS DE RISQUES

- Antécédents familiaux de cancer gastrique
 - Syndrome du cancer colique héréditaire sans polypose
(syndrome de Lynch)
- **Role protecteur** des fruits et légumes riches en vit A et C
grâce à leur effet anti-oxydant.

IV- ETUDE ANATOMO- PATHOLOGIQUE

IV-1. POLYPS

- Polypes non néoplasiques
- Polypes hamartomateux
- Polypes néoplasiques

A- Polypes non néoplasiques

1- Polype hyperplasique

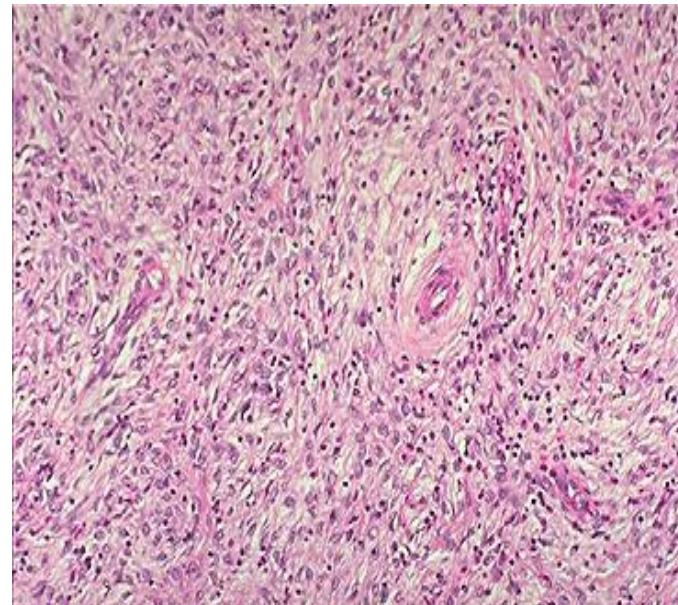
- Fréquent, unique ou multiple et sessile
- Allongement des cryptes + chorion inflammatoire
- Associé à une gastrite chronique atrophique
- Faible risque de transformation maligne



A- Polypes non néoplasiques

2- Polype fibroïde inflammatoire

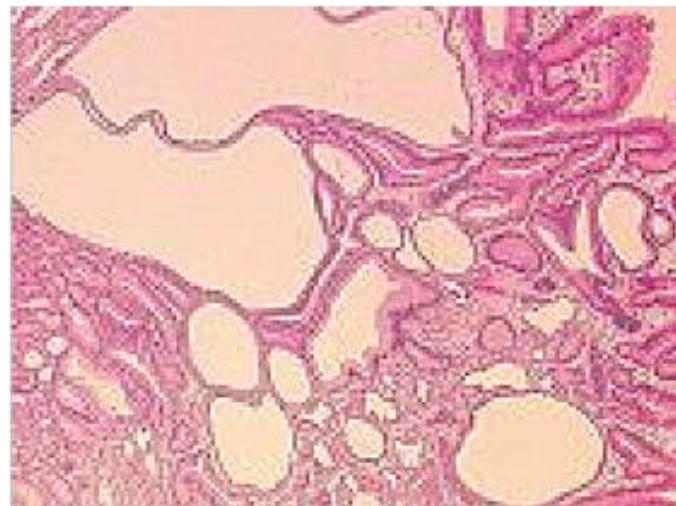
- Lésion sous muqueuse sessile
- Fibroblastes + infiltrat inflammatoire + capillaires



A- Polypes non néoplasiques

3- Polypes des glandes fundiques

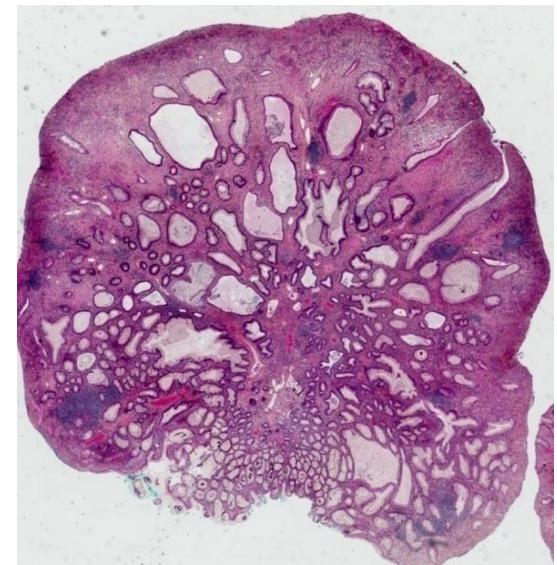
- Multiples, fundus ou corps
- Regroupement de glandes dilatées
- Pas de risque de transformation maligne



B- Polypes hamartomateux

1- Polype juvénile

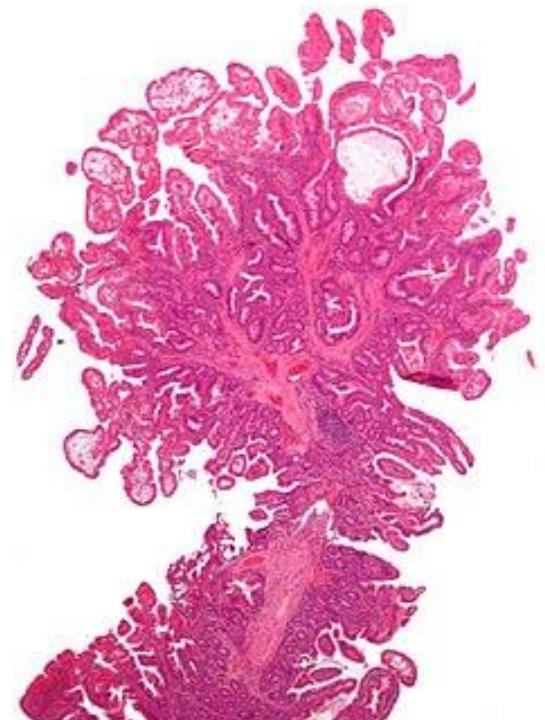
- Chorion inflammatoire + ulcération
- Glandes kystiques irrégulières
- Faible risque de transformation maligne



B- Polypes hamartomateux

2- Syndrome de Peutz-Jeghers

- Lésion pédiculée
- Muqueuse normale désorganisée
- Fibres musculaires lisses dans l'axe



B- Polypes hamartomateux

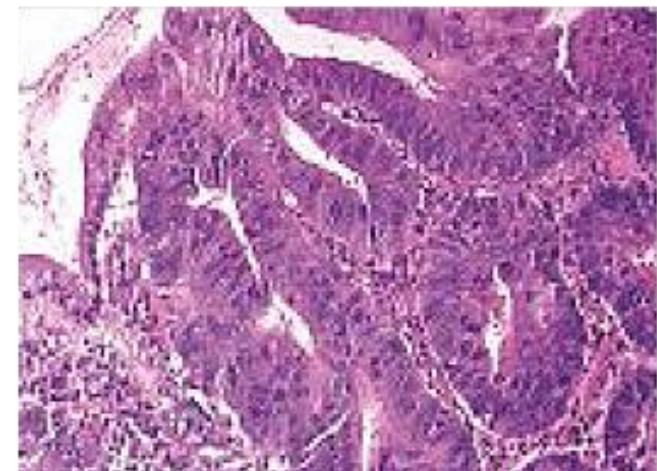
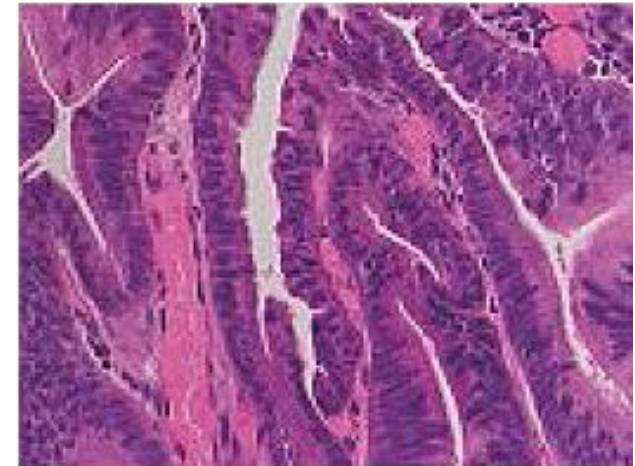
3- Maladie de Cowden

- Petit polype sessile
- Chorion abondant + Glandes kystiques
- Pas de risque de transformation maligne

C- Polypes néoplasiques

1- Adénome

- Sessile, antral++
- Type gastrique ou intestinal
- Dysplasie de bas/haut grade
- Risque de transformation maligne si
 - Taille > 2cm
 - Adénome plan



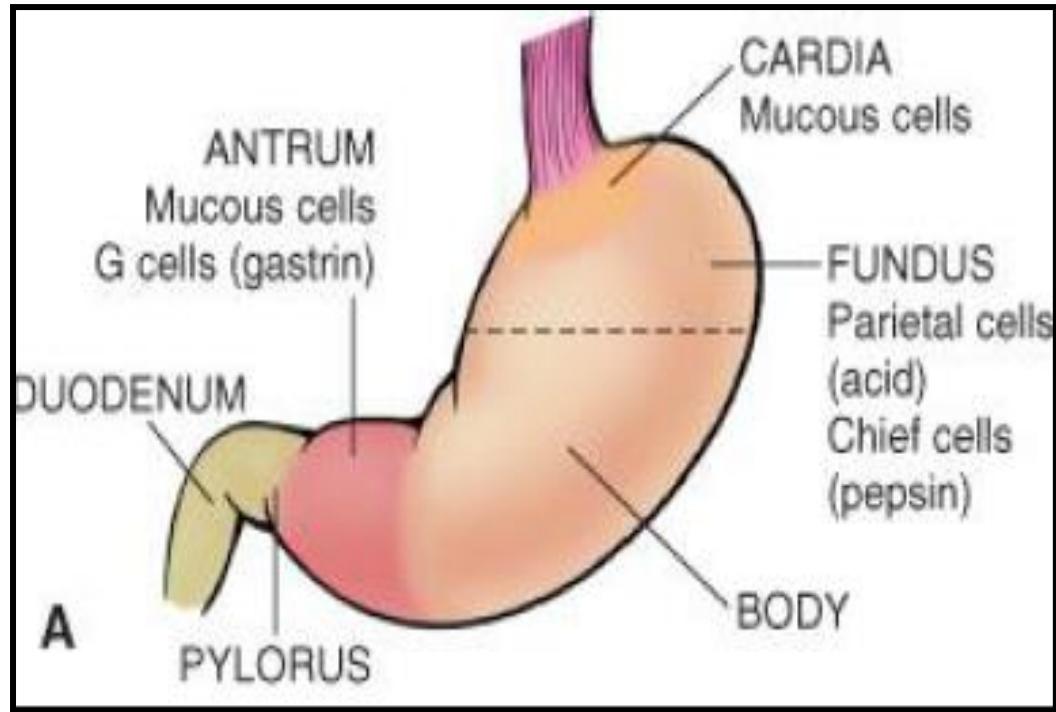
IV-2. TUMEURS MALIGNES

A- CARCINOMES

MACRO

1- Siège:

- Antro-pylorique 50%
- Corps 25%
- Cardio-tubérositaire 25%



2- Aspects macroscopiques :

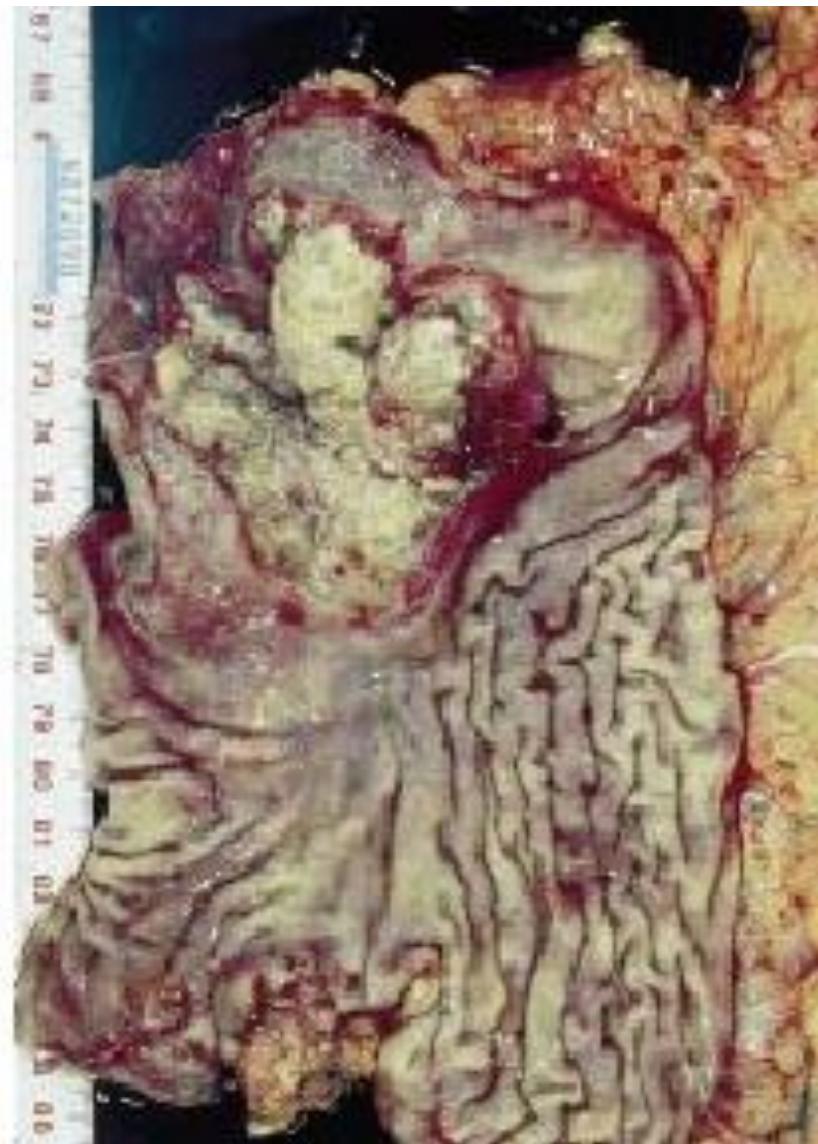
Sur pièce opératoire, on distingue 3 aspects :

- Tumeur ulcérée
- Tumeur infiltrante
- Tumeur bourgeonnante

3- Formes anatomo-cliniques particulières

Cancer en lobe d'oreille :

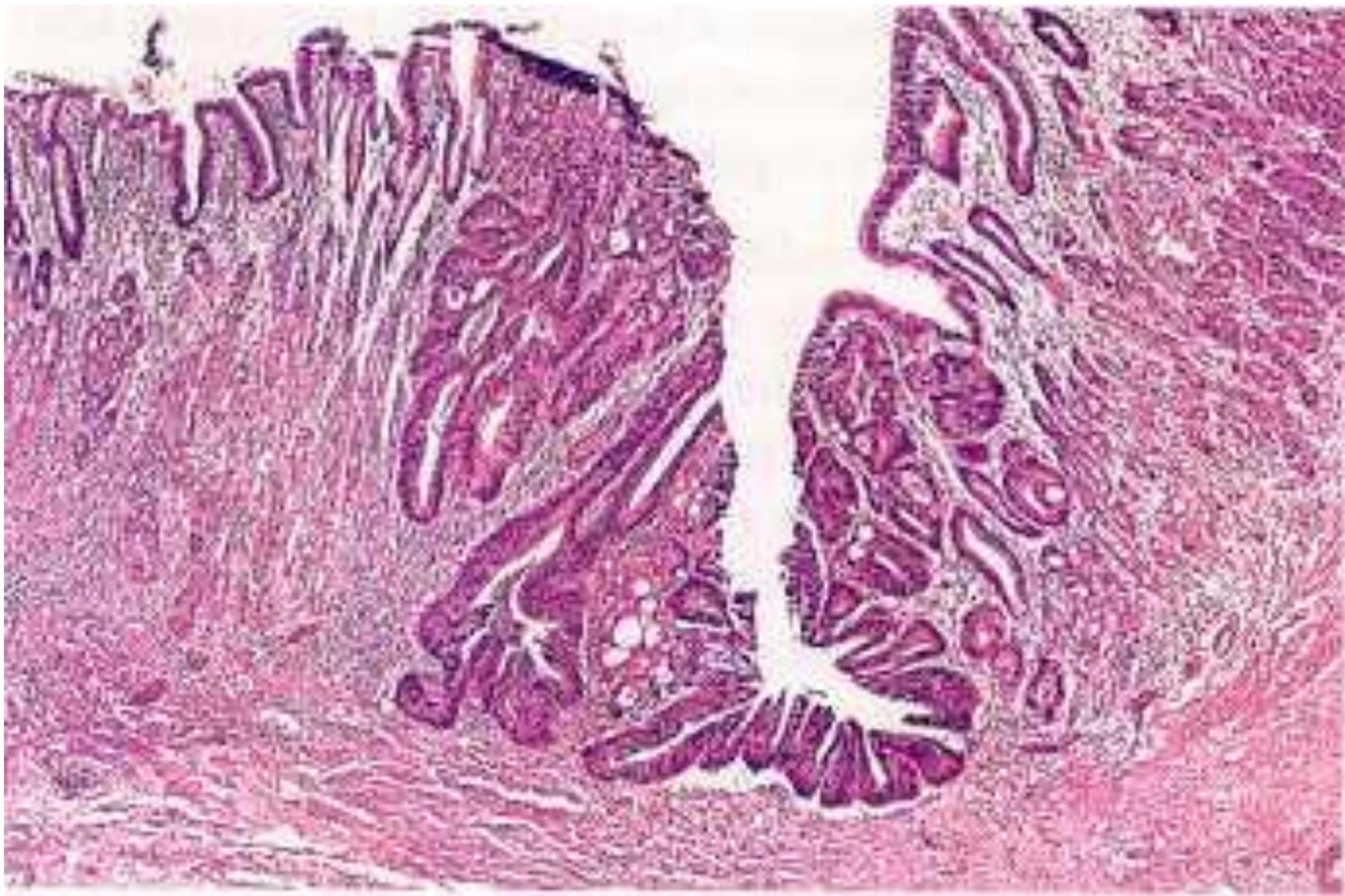
- Variété fréquente
- Vaste ulcération à fond bourgeonnant et entourée d'un bourrelet irrégulier.
- Pronostic mauvais



3- Formes anatomo-cliniques particulières:

Cancer ulcéritiforme (muco-érosif) de Gutman et Bertrand :

- Lésion à peine visible (confondue avec un ulcère bénin)
- Histo : cancer intra-muqueux, respectant la musculaire muqueuse
- Évolution locale et superficielle
- Pronostic favorable

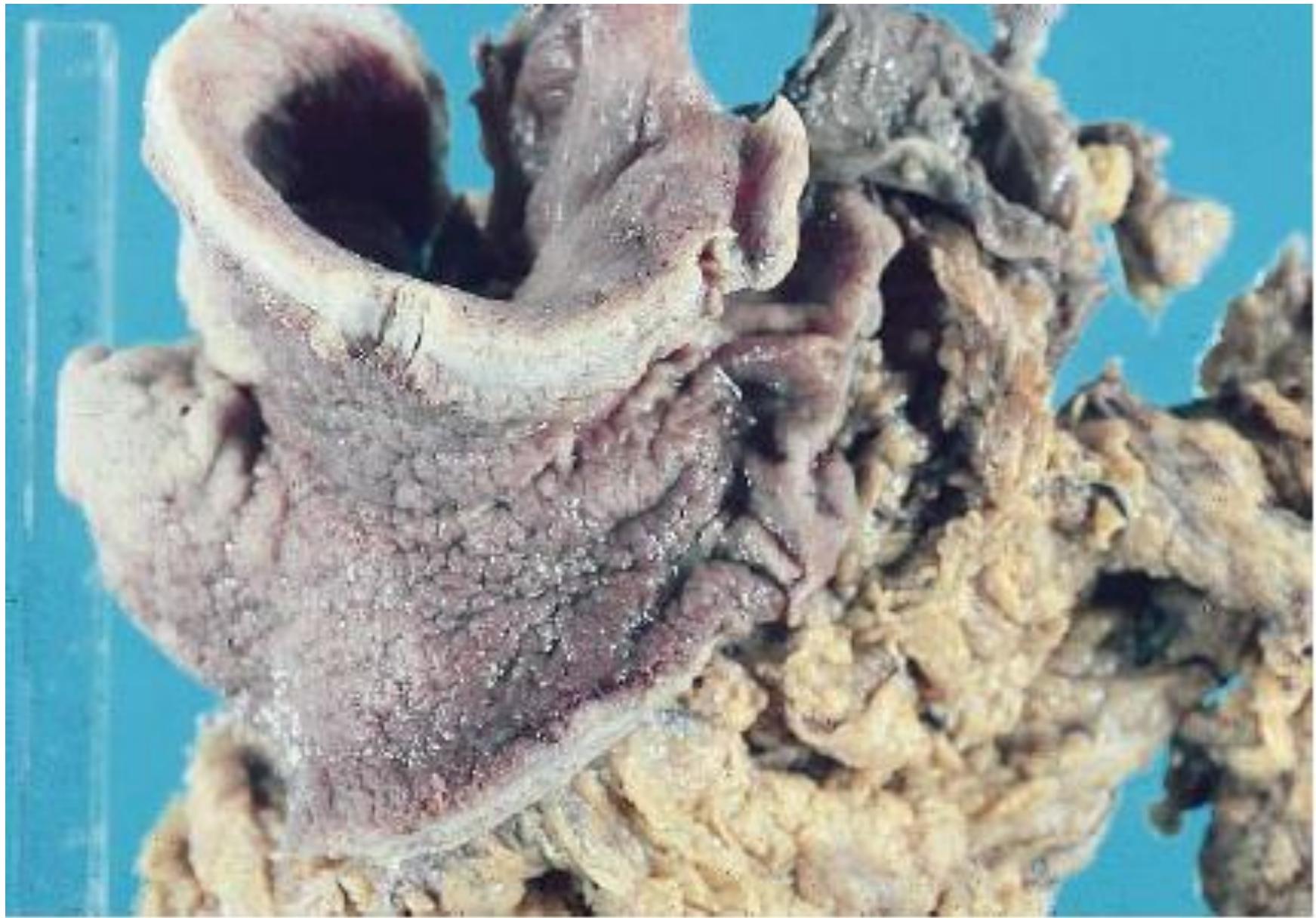


Adénocarcinome muco-érosif

3- Formes anatomo-cliniques particulières

Cancer infiltrant ou linte gastrique :

- Épaississement tumoral de la paroi gastrique, estomac cartonné, rétracté (estomac en un tube rigide)
- Histo : forme infiltrante et peu différenciée.
- Évolution défavorable.



Linite plastique (paroi gastrique épaissie, rigide et déplissée)

MICRO

Adénocarcinomes

- 95% cancers gastriques
- Composés de structures tubulaires, acinaires ou papillaires, tapissées par de cellules cubo-cylindriques produisant du mucus ou bien cellules peu cohésives isolées.
- Parfois association de structures glandulaires, trabéculaires ou solides (formes moyennement et peu différenciées

Classification OMS

Adénocarcinomes papillaires (bien différencié)

Adénocarcinomes tubuleux (bien, moyennement ou peu diff)

Adénocarcinomes mucineux (>50% de composante mucineuse)

Adénocarcinomes à cellules indépendantes (>50% cellules
indépendantes)

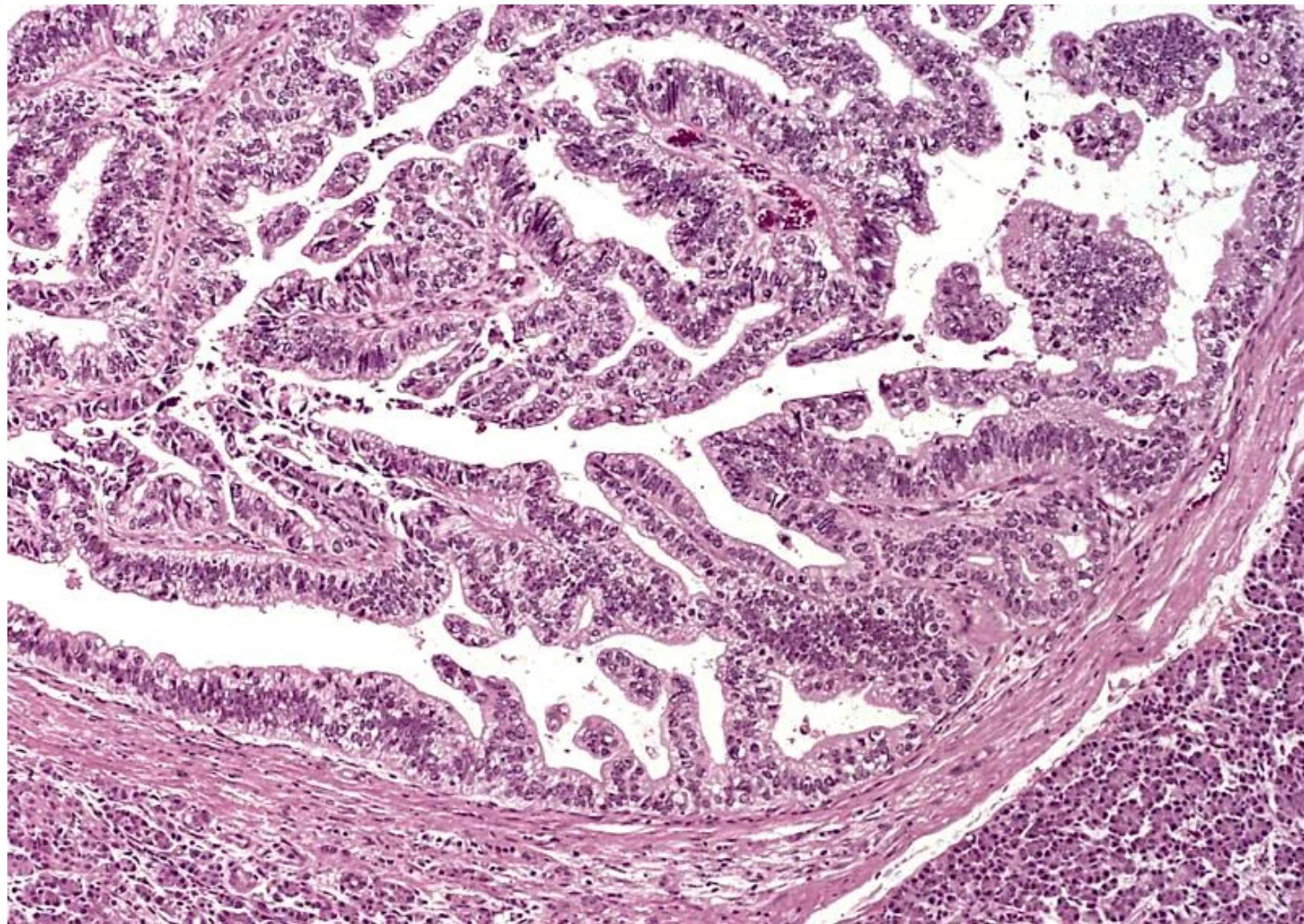
Adénocarcinomes adéno-squameux

Carcinome épidermoïde

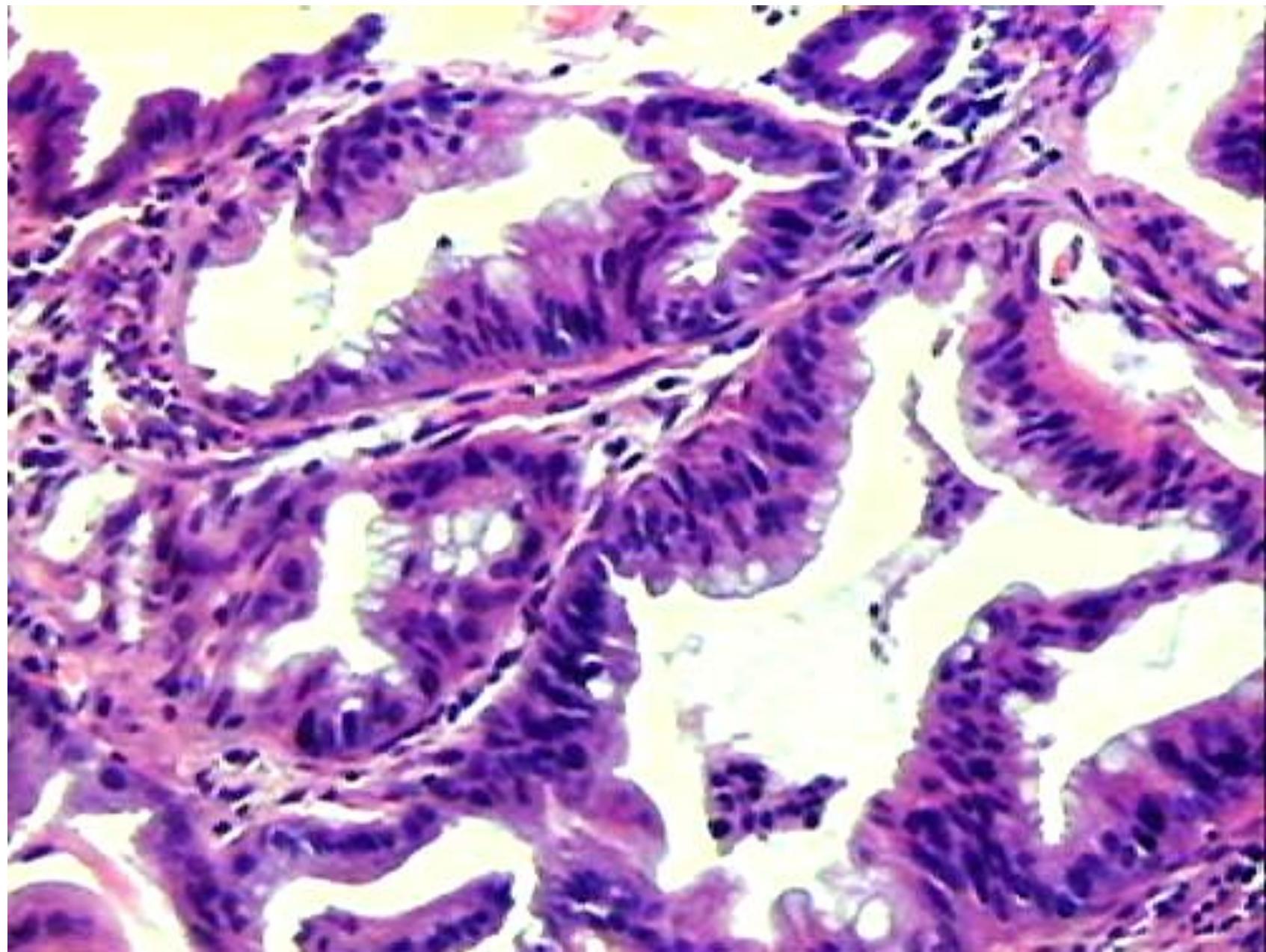
Carcinome à petites cellules

Carcinome hépatoïde (cellules hépatocyte-like)

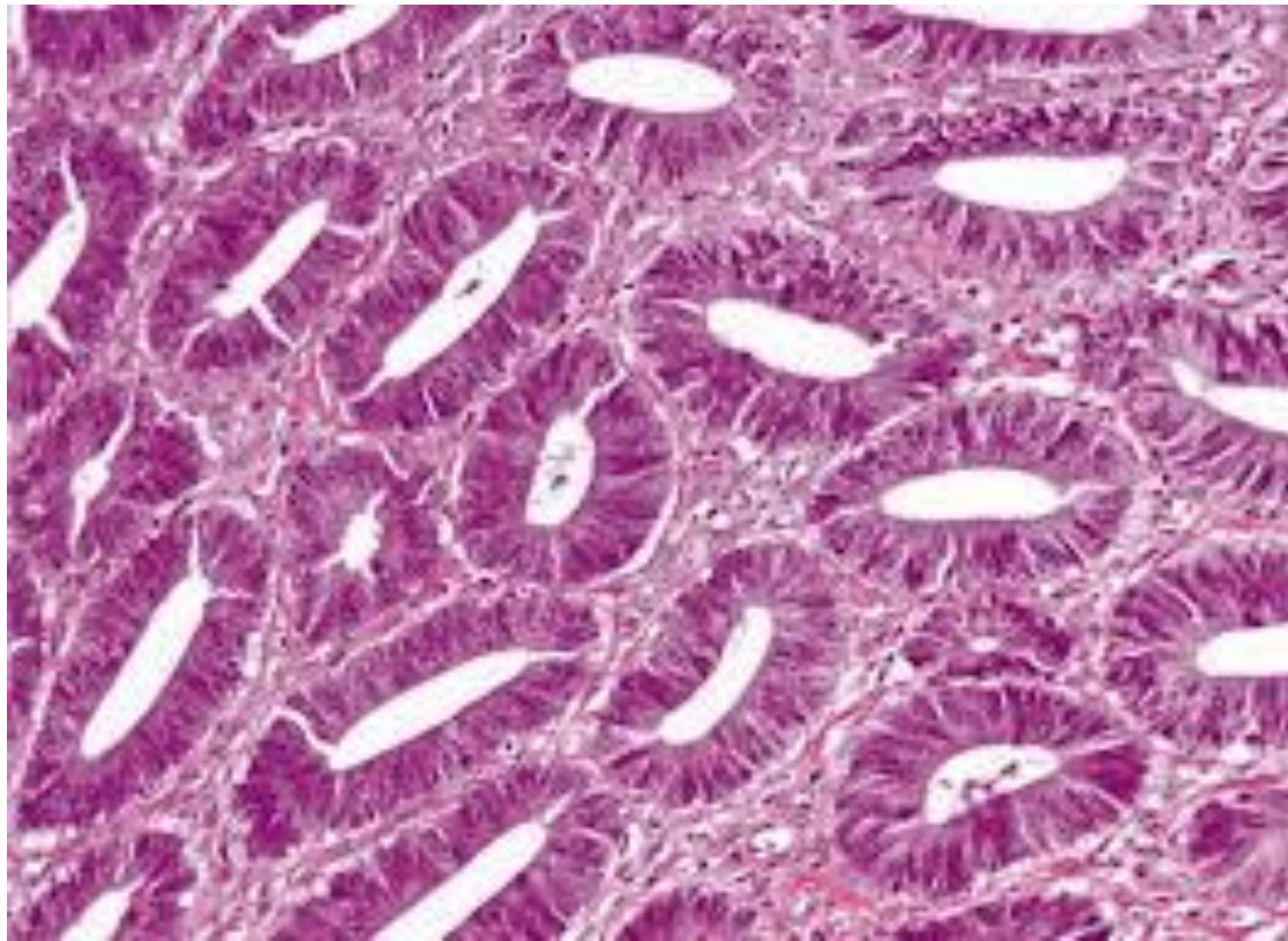
Carcinome indifférencié



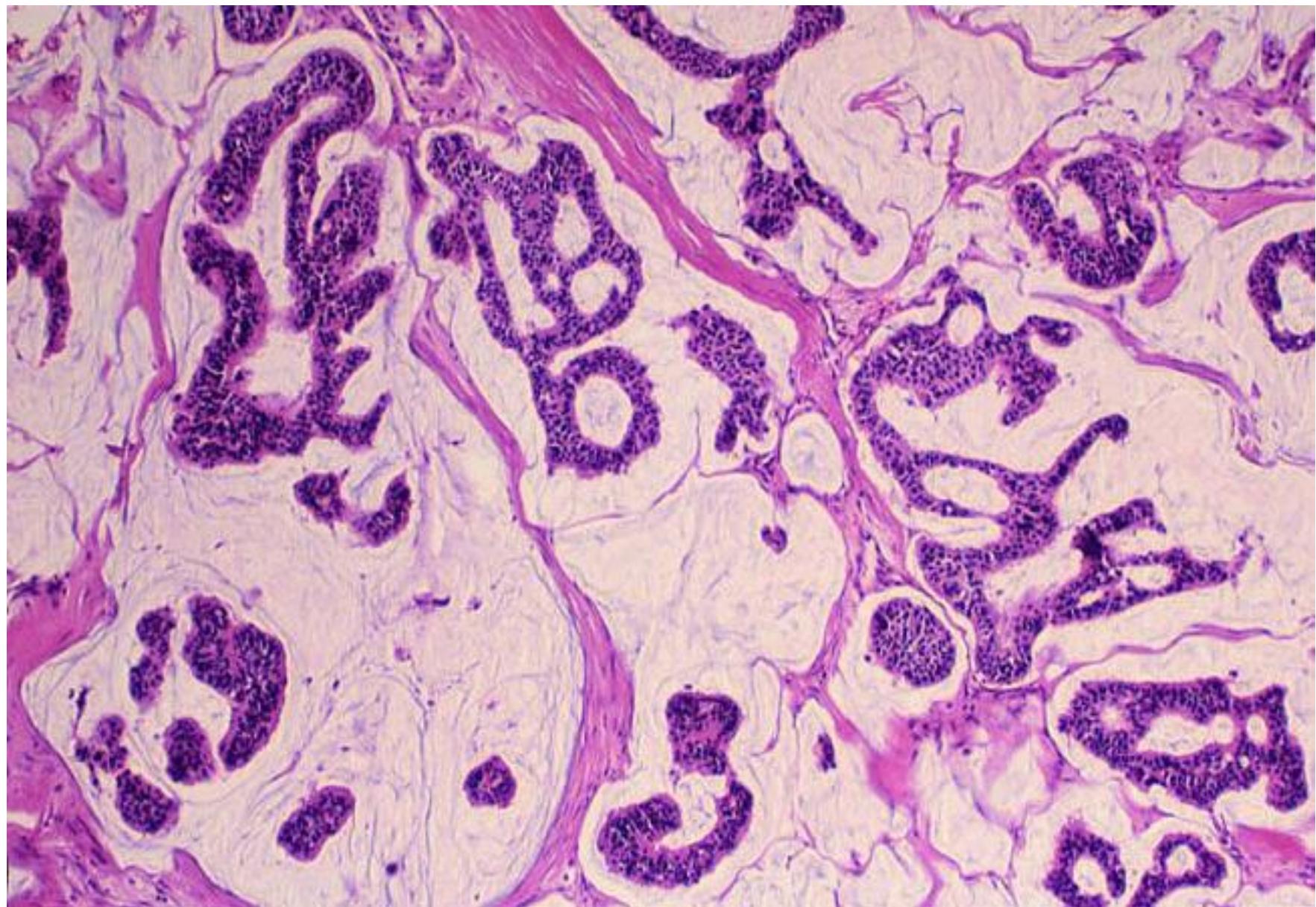
Adénocarcinome papillaire



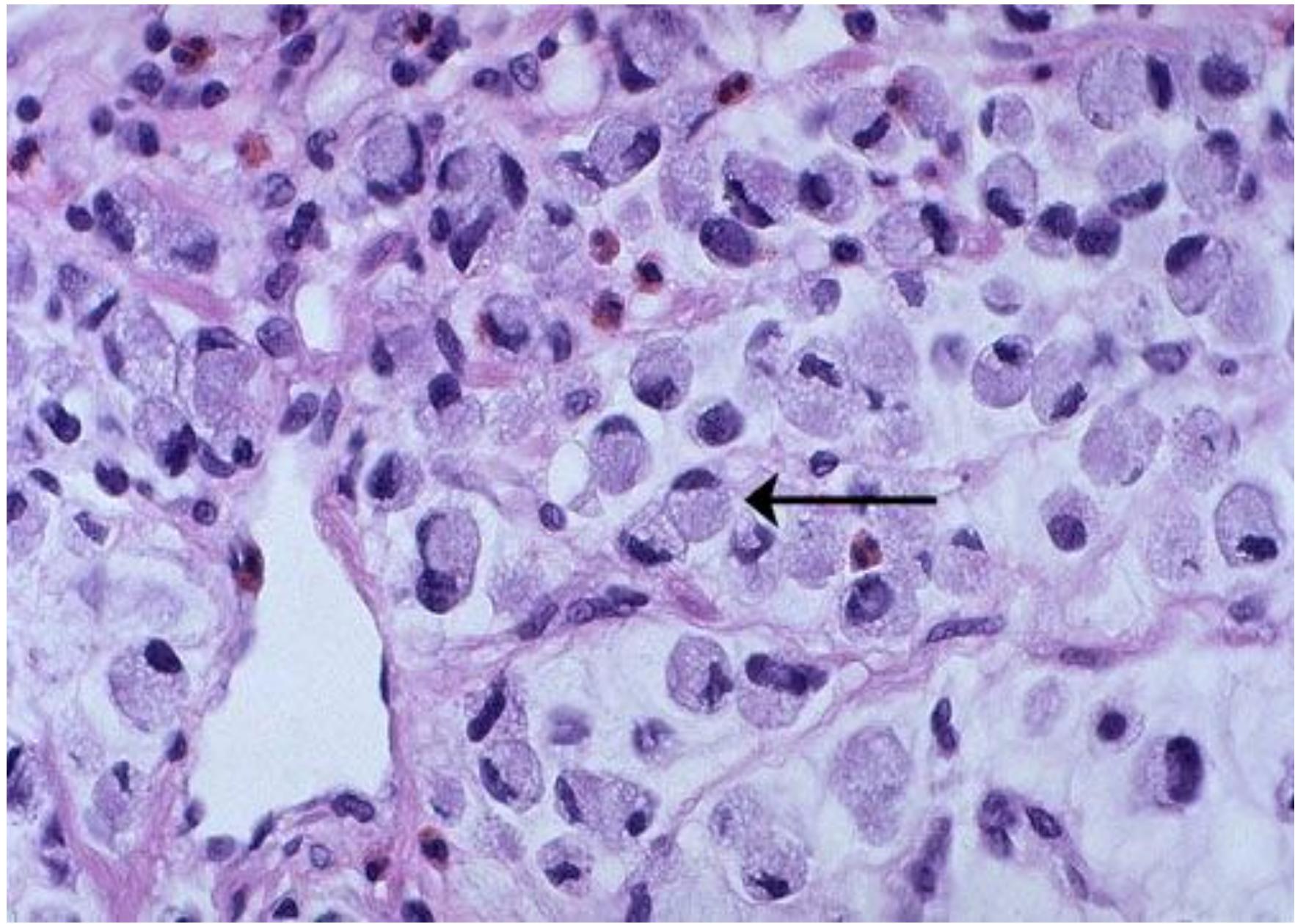
Adénocarcinome papillaire



Adénocarcinome tubuleux



Adénocarcinome mucieux



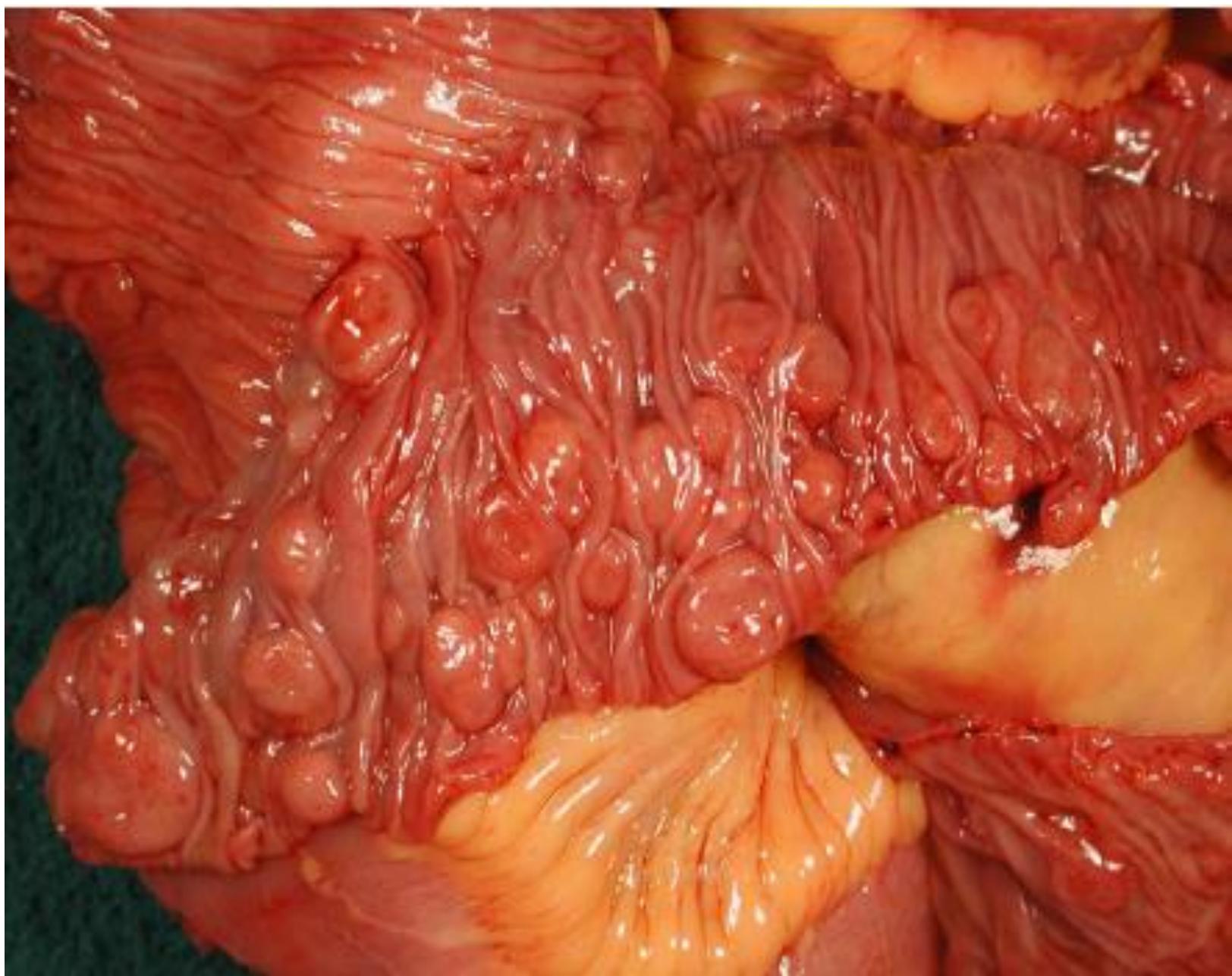
carcinome à cellules indépendantes (en bague à chaton)

B- TUMEURS NEURO-ENDOCRINES

- Généralement bien différenciées, non fonctionnelles
- Développées à partir des cellules ECL (entéro-chromaphine-like) du corps gastrique.
- Elles sont **multiples** dans plus de la moitié des cas, de **petite taille** et le plus souvent **bénignes**.
- Le pronostic est lié à :
 - la taille de la tumeur,
 - la prolifération cellulaire (mitoses)
 - l'envahissement pariétal.

MACRO

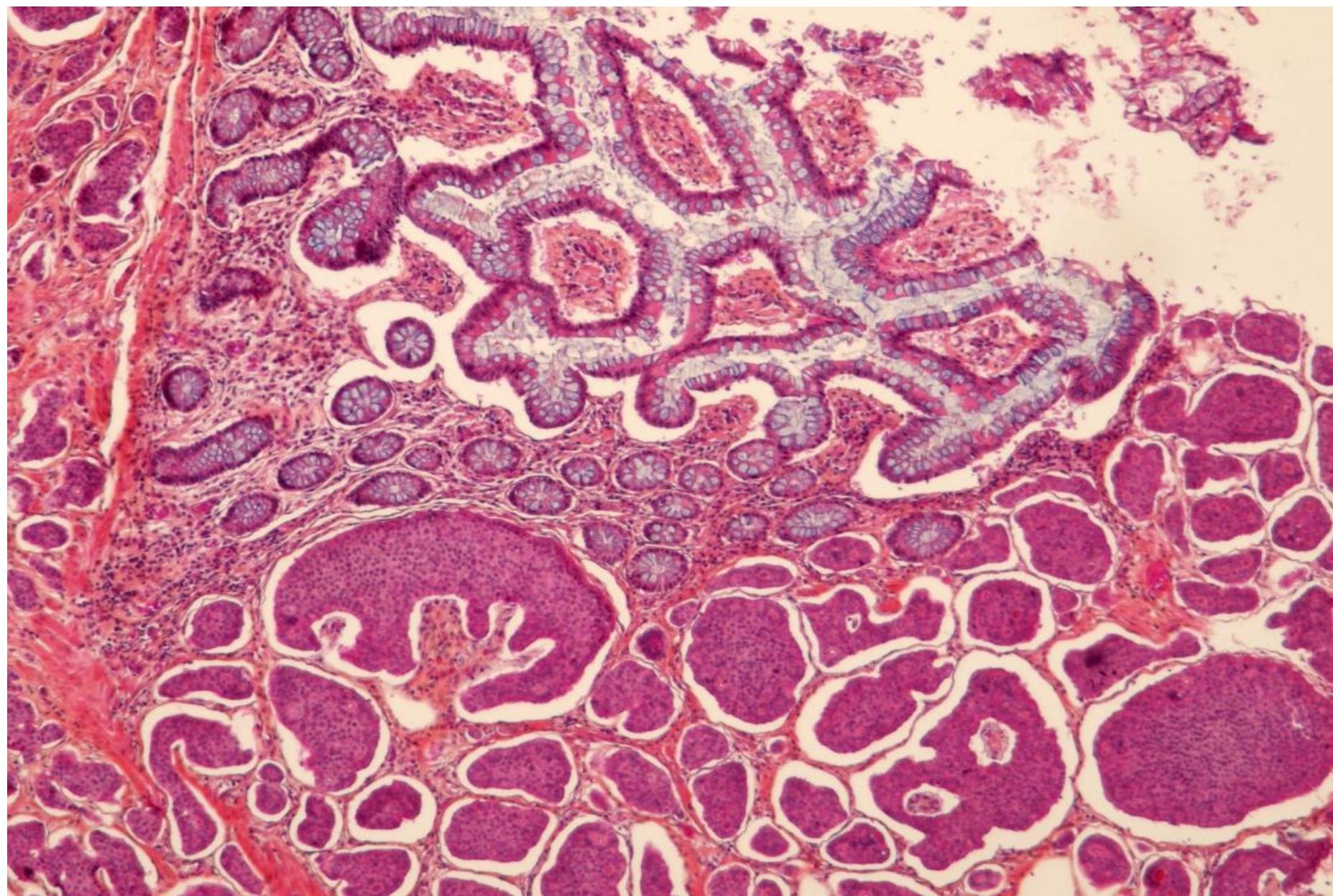
- Tumeur de taille variable
- Unique ou multiple.
- Nodule ferme enchassé dans la paroi.
- Siège sous-muqueux.
- Couleur blanc-rosâtre.



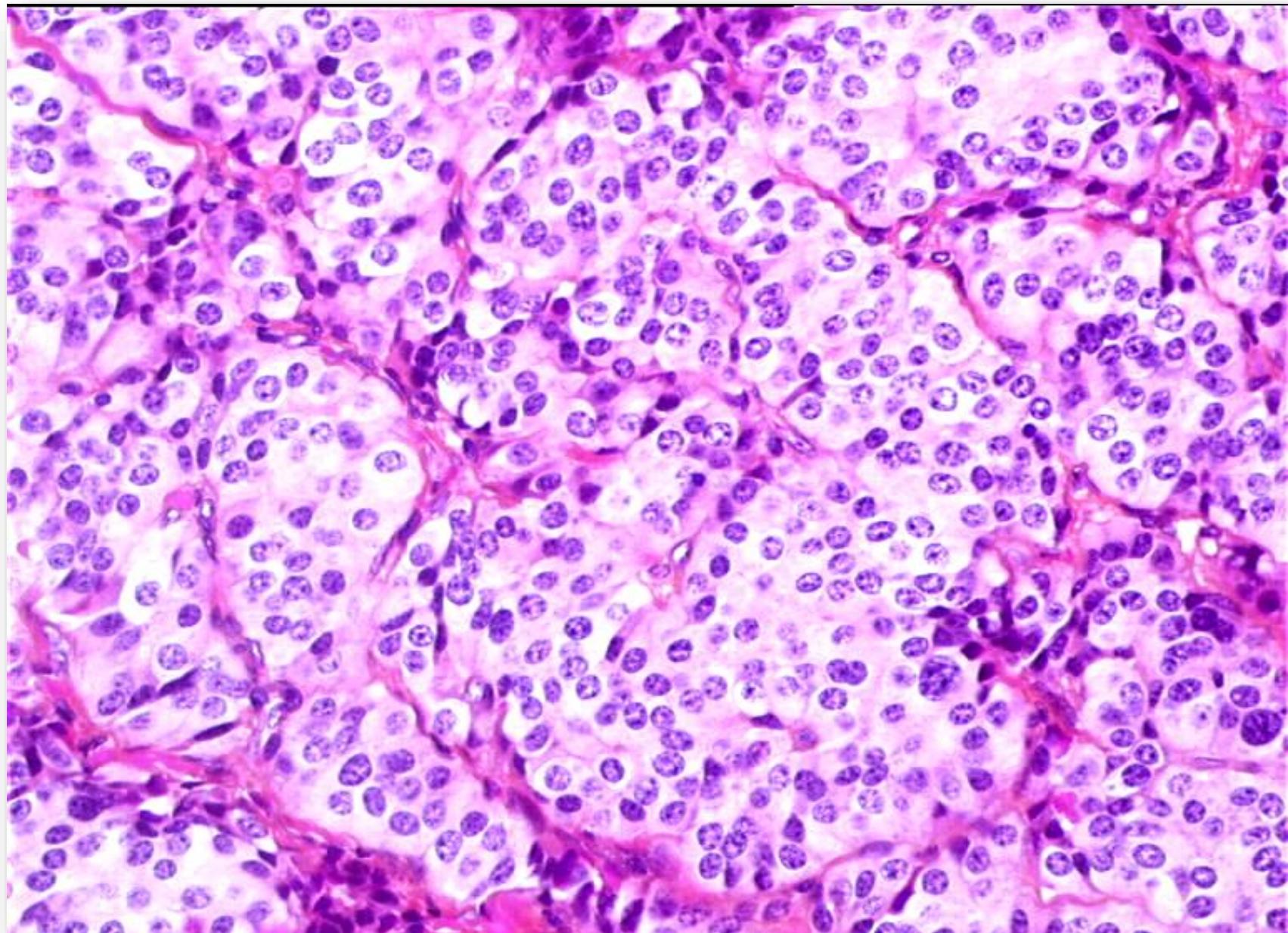
Tumeur neuro-endocrine (aspect polypoïde multiple)

MICRO

- Architecture organoïde en lobules, ou en travées
- Stroma très vascularisé
- Cellules tumorales monomorphes, noyaux à chromatine fine granuleuse



Tumeur neuro-endocrine



Tumeur neuro-endocrine (noyaux monomorphes avec chromatine granuleuse

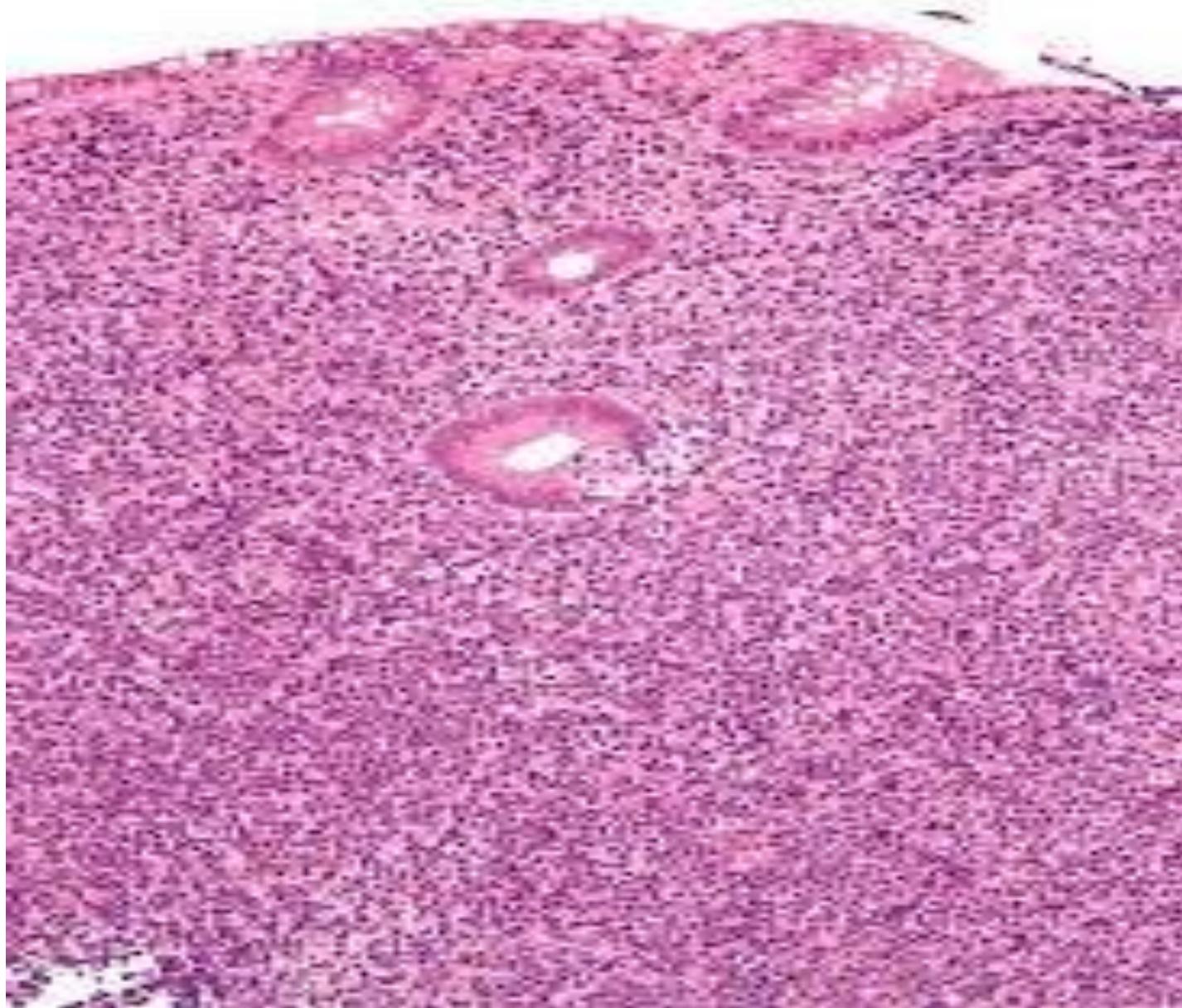
Classification OMS 2017 des TNE digestives

- Tumeur neuroendocrine bien différenciée G1
- Tumeur neuroendocrine bien différenciée G2
- Tumeur neuroendocrine bien différenciée G3
- Carcinome neuroendocrine peu différencié :
 à grandes / à petites C
- Carcinome mixte adéno-neuroendocrine

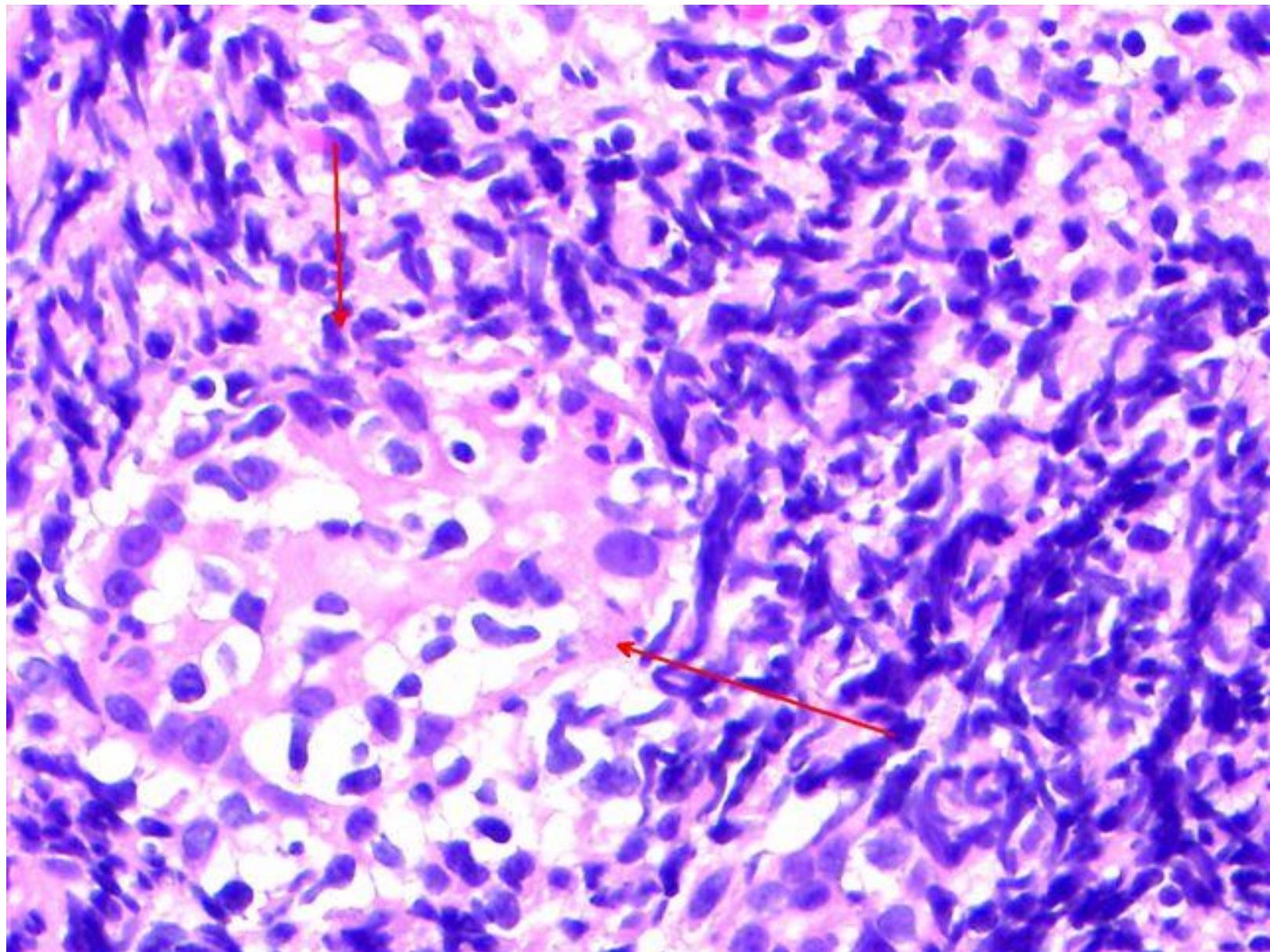
C- LYMPHOMES

Lymphome de type MALT (Mucosa Associate Lymphoid Tissue)

- Type histologique prédominant.
- Prolifération de lymphocytes tumoraux de taille petite à moyenne phénotype B: CD20 (+)
- Destruction des structures glandulaires pré-existantes = lésion lympho-épithéliale
- Association avec une infection à **H.p ++** (*Helicobacter pylori*)
- L de bas grade de malignité ➔ lymphome de haut grade.



Lésion lympho-épithéliale



Lésion lympho-épithéliale

C- LYMPHOMES

Autres types de lymphomes :

- Lymphome du manteau
- Lymphome de Brukitt
- Lymphome B à grandes cellules
- Lymphome T

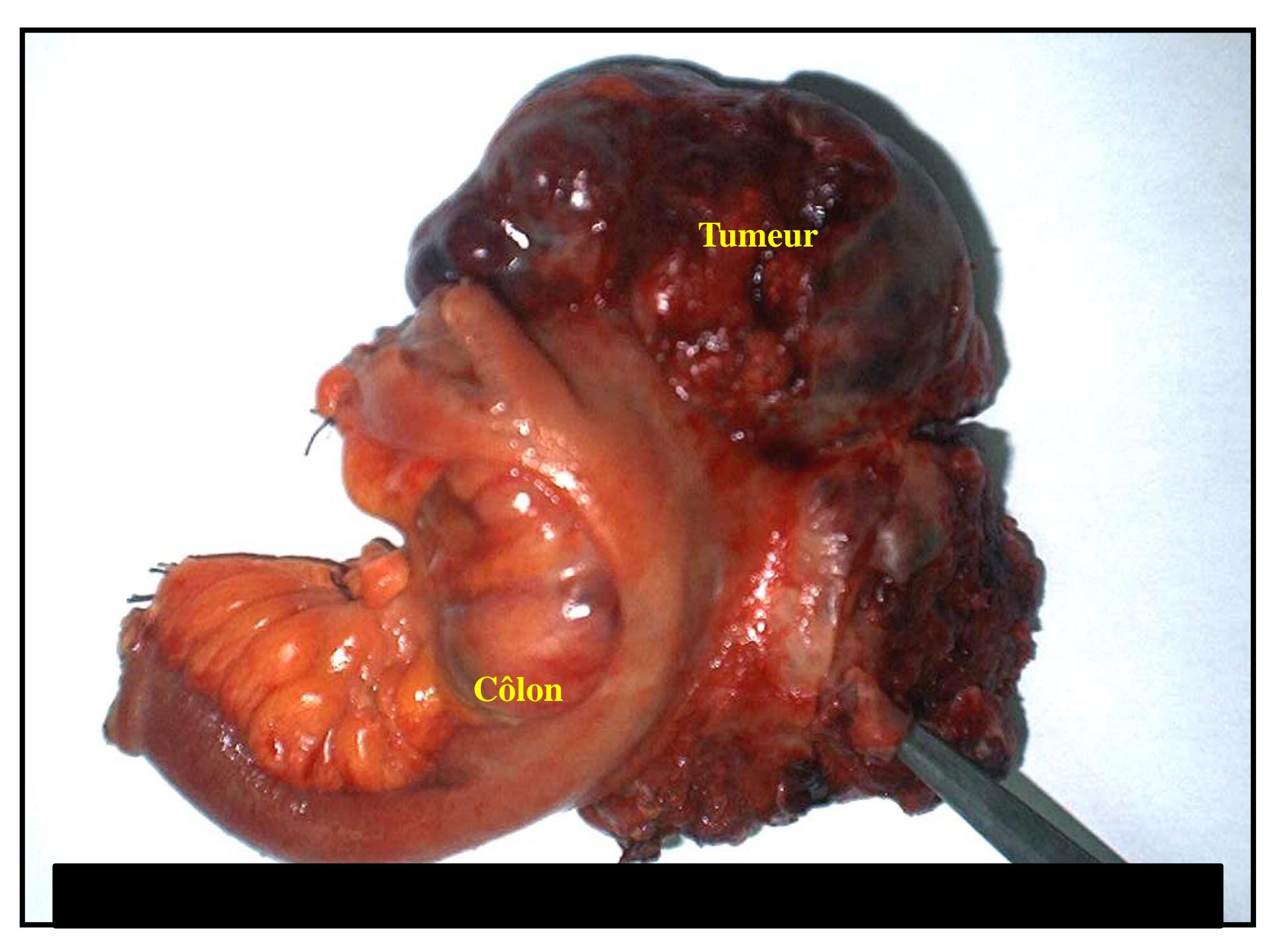
D- TUMEURS MÉSENCHYMATEUSES

Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST):

- Tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif
- Tumeurs issues des cellules interstitielles de Cajal, associées à une mutation du gène KIT. .

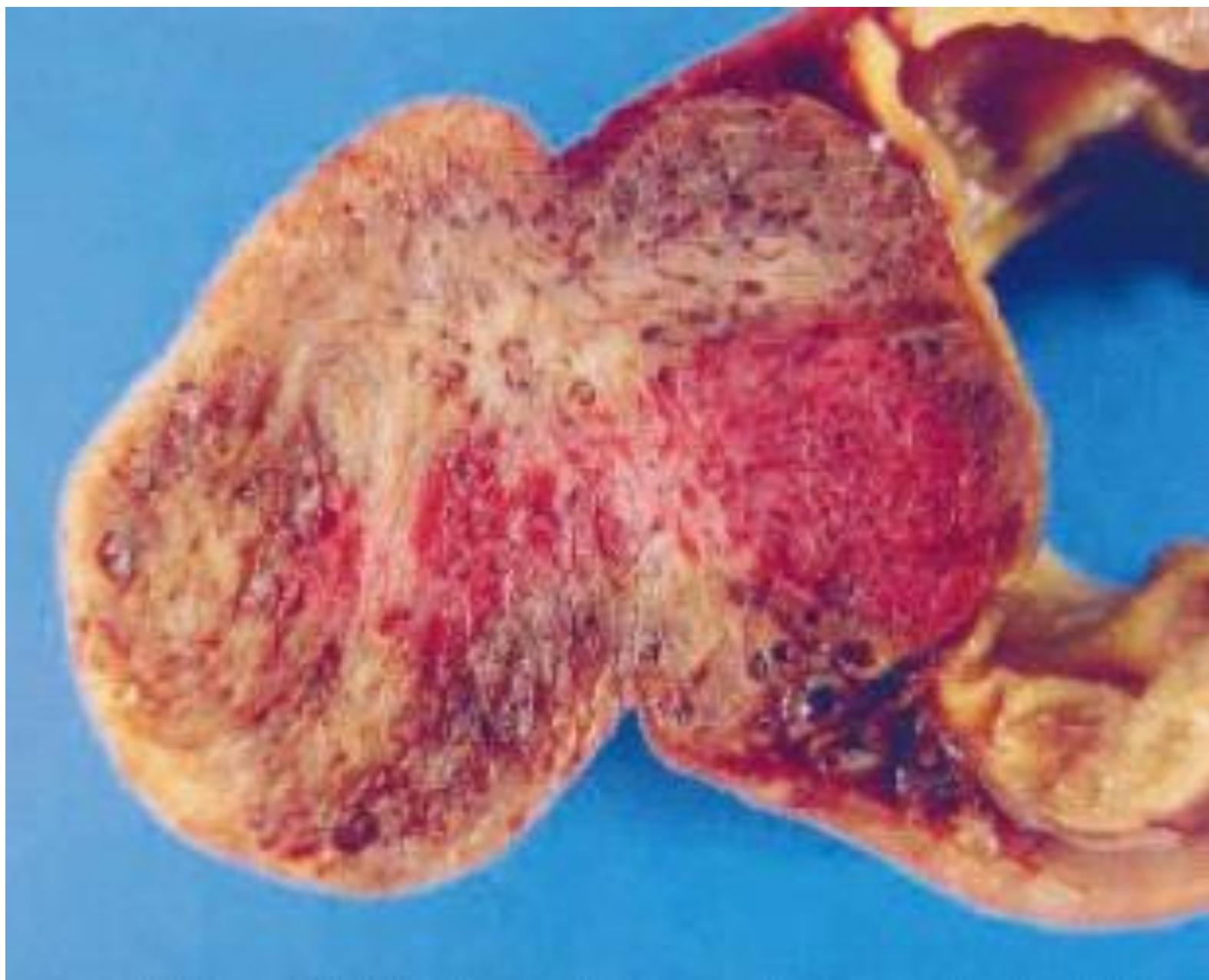
MACRO :

- Développée dans l'épaisseur de la paroi digestive à partir de la muscleuse.
- Croissance soit endophytique vers la lumière digestive ulcérant la muqueuse en surface, soit exophytique vers la cavité abdominale, soit mixte aspect en «sablier ».
- Taille varie de quelques cm à plus de 40 cm.
- Aspect fasciculé pouvant comporter +/- remaniements hémorragiques, myxoïdes, nécrotiques ou kystiques.



Tumeur

Colon



Aspect en sablier

MICRO :

- Type fuso-cellulaire++: cellules fusiformes
- Type épithélioïde: cellules épithélioïdes

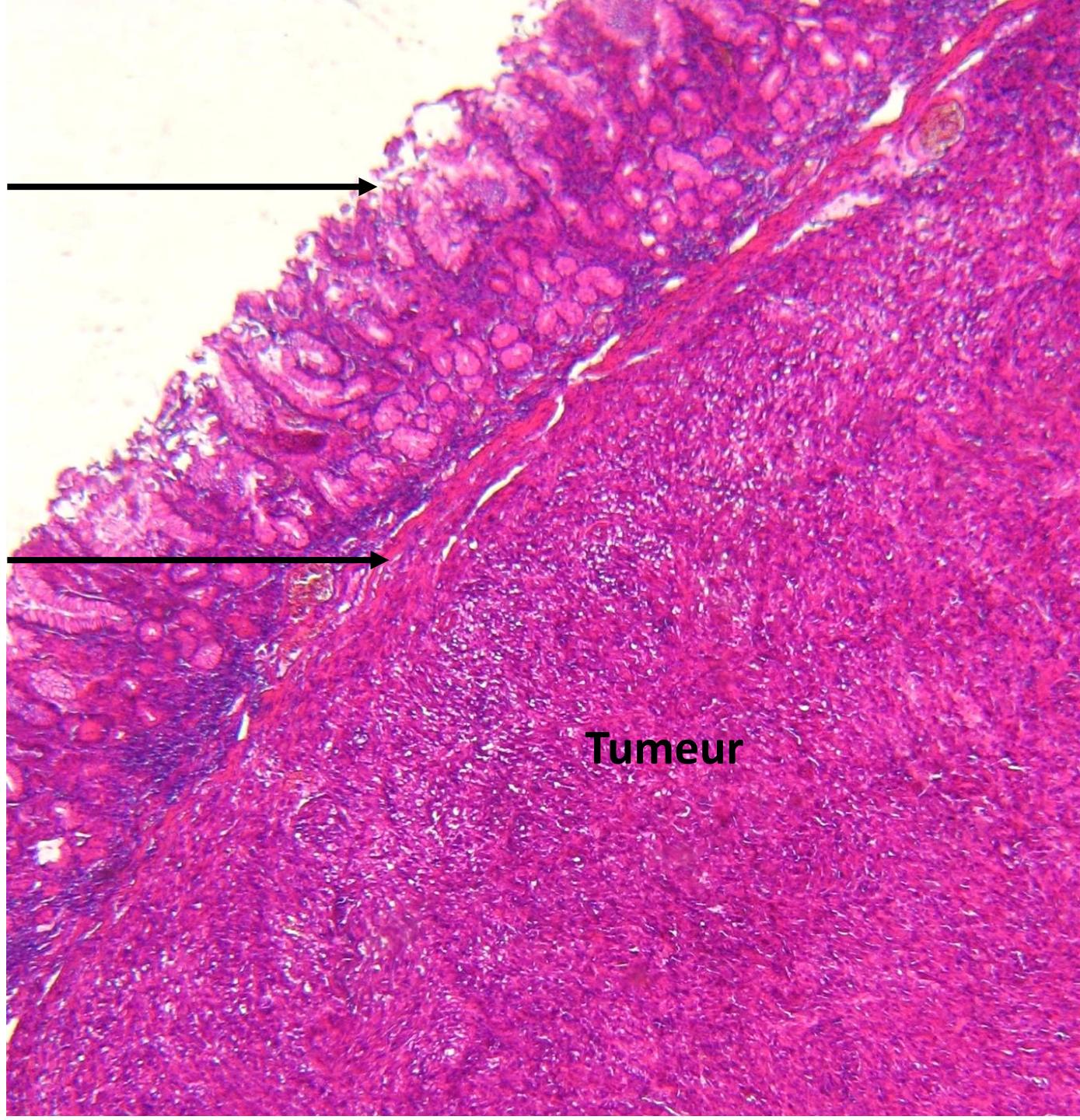
PRONOSTIC

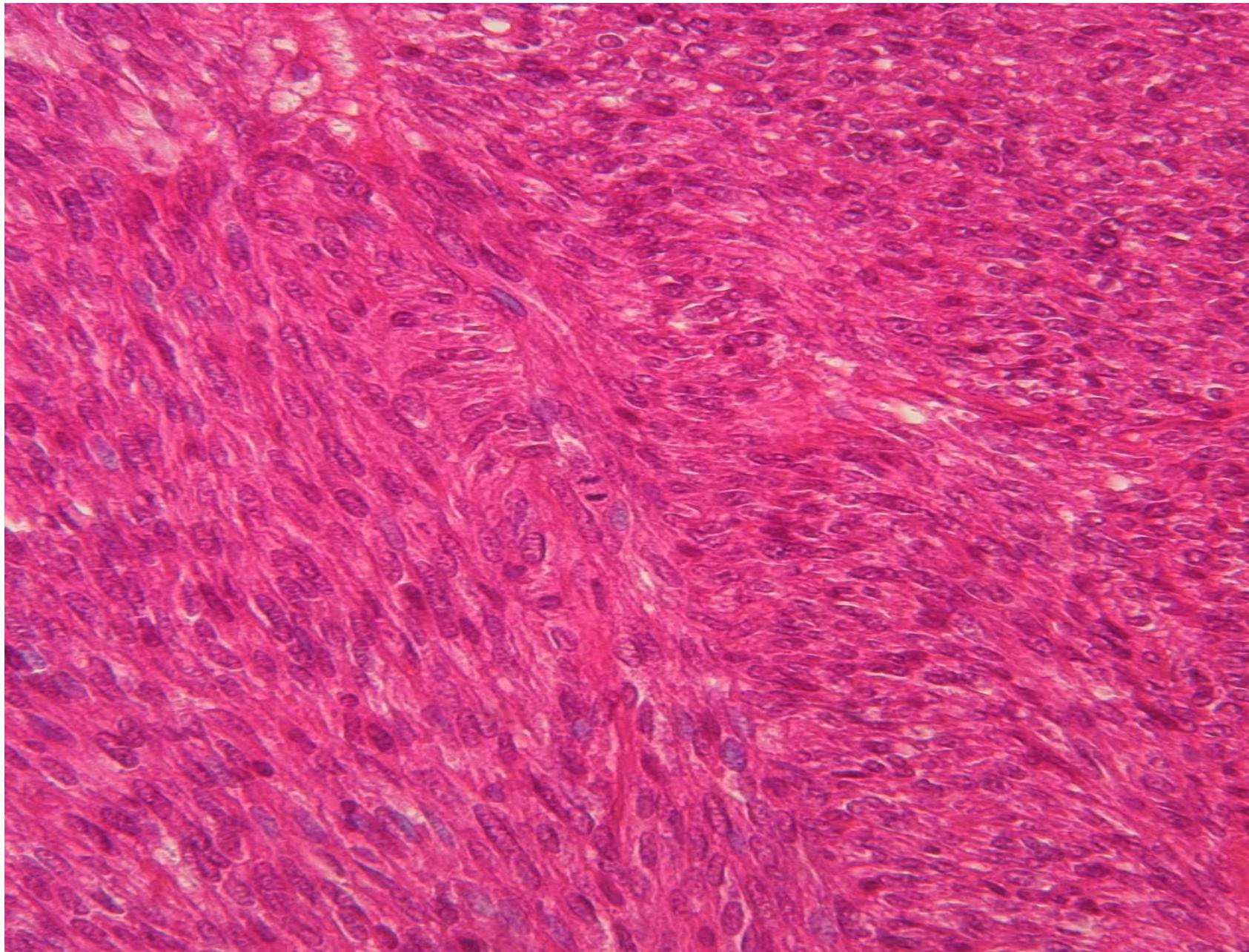
- Index mitotique
- Taille tumorale

Muqueuse →

Muscleuse Muqueuse →

Tumeur





Tumeur stromale à cellules fusiformes)

D- TUMEURS MÉSENCHYMATEUSES

Autres :

- Léiomyosarcomes
- Schwanomes malins
- Tumeurs glomiques
- Tumeurs à cellules granuleuses

E- MÉTASTASES

- *Par contiguïté* des organes de voisinage
- *A distance* : sein, bronches, rein, foie, mélanome, hémopathies malignes