



U.B.M.A
FACULTÉ DE MÉDECINE. ANNABA
Module de Gastro-entérologie
14 AVRIL 2020



CANCER DE L'ESTOMAC

Pr. HADDAD Salim
Service de chirurgie générale CHU Annaba.



INTRODUCTION

ÉPIDÉMIOLOGIE

RAPPEL ANATOMIQUE

FACTEURS DE RISQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DIAGNOSTIC POSITIF

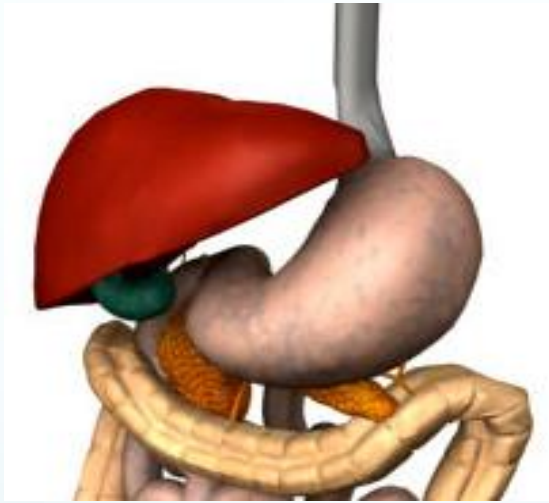
FORMES CLINIQUES

CLASSIFICATION

BILAN D'EXTENSION

TRAITEMENT

PRONOSTIC



- le cancer de l'estomac est l'ensemble des tumeurs malignes qui se développent au dépend de la muqueuse gastrique

- l'adénocarcinome représente le type histologique le plus fréquent.

- Sémiologie clinique polymorphe ; d'où le diagnostic tardif.
- Dgc = endoscopie + biopsies multiples / étagées (histologique).

- Trt curatif est exclusivement chirurgical
- Seulement 40% des malades bénéficient d'1 chirurgie radicale

Fréquence :

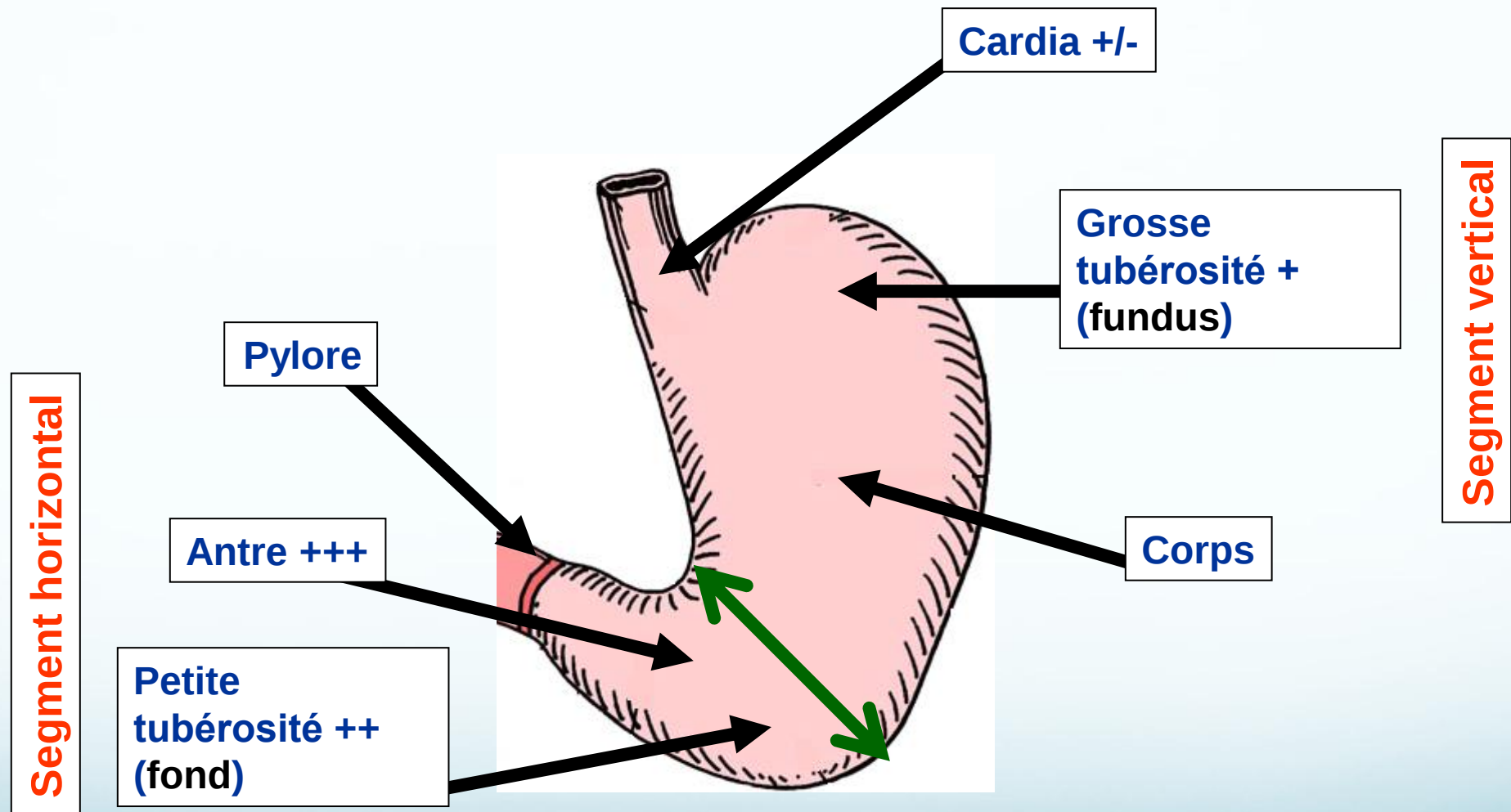
- ◆ Parmi les premiers cancer digestif dans notre pays.
- ◆ Troisième rang parmi les cancers digestifs après le cancer du rectum et du côlon.
- ◆ Fréquence élevée en Asie surtout au Japon.

Age et sexe :

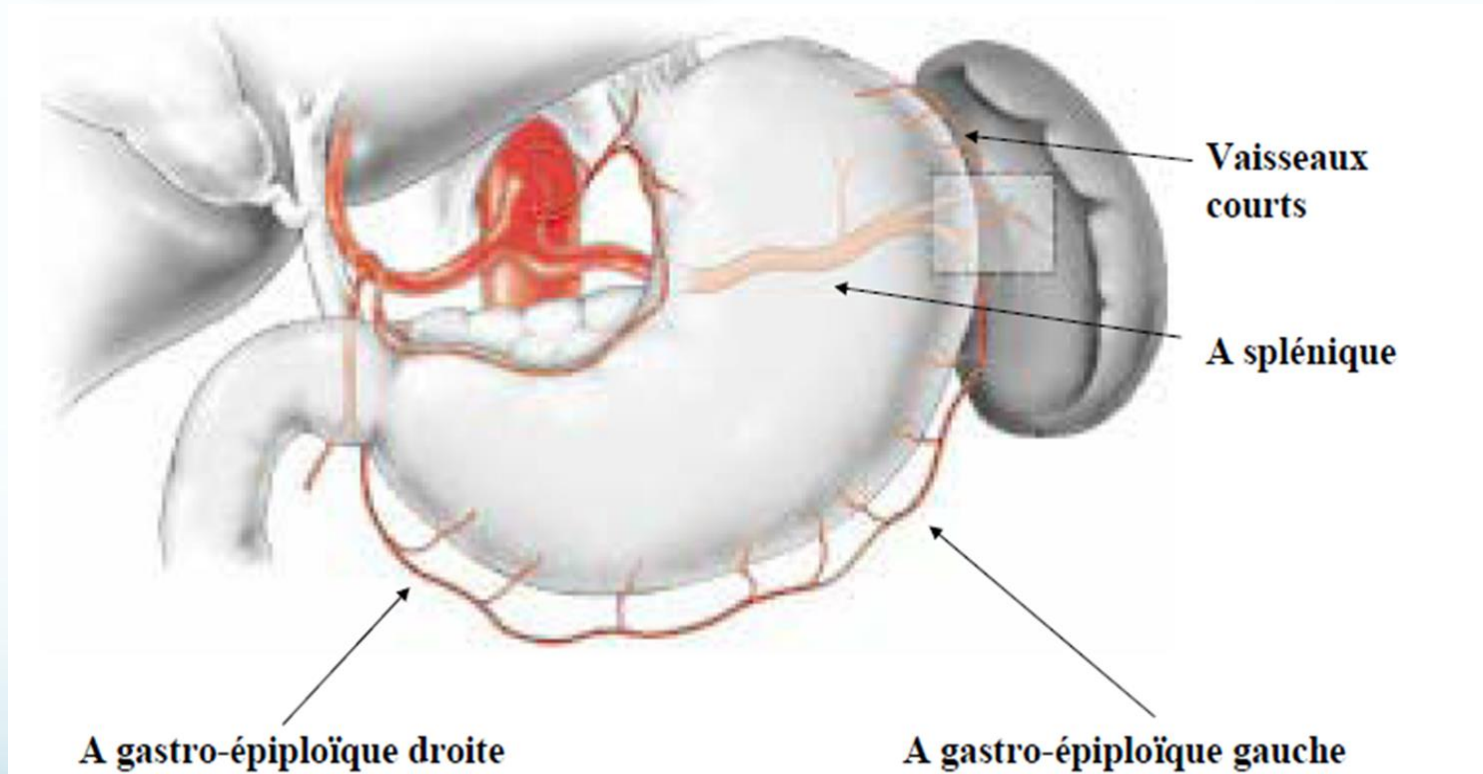
- ◆ Maximum de fréquences: âge entre 45-65 ans.
- ◆ Deux hommes pour une femme ; sex-ratio 2.

Siège :

- ◆ la fréquence augmente du cardia (10%) à la région antrale (55%).



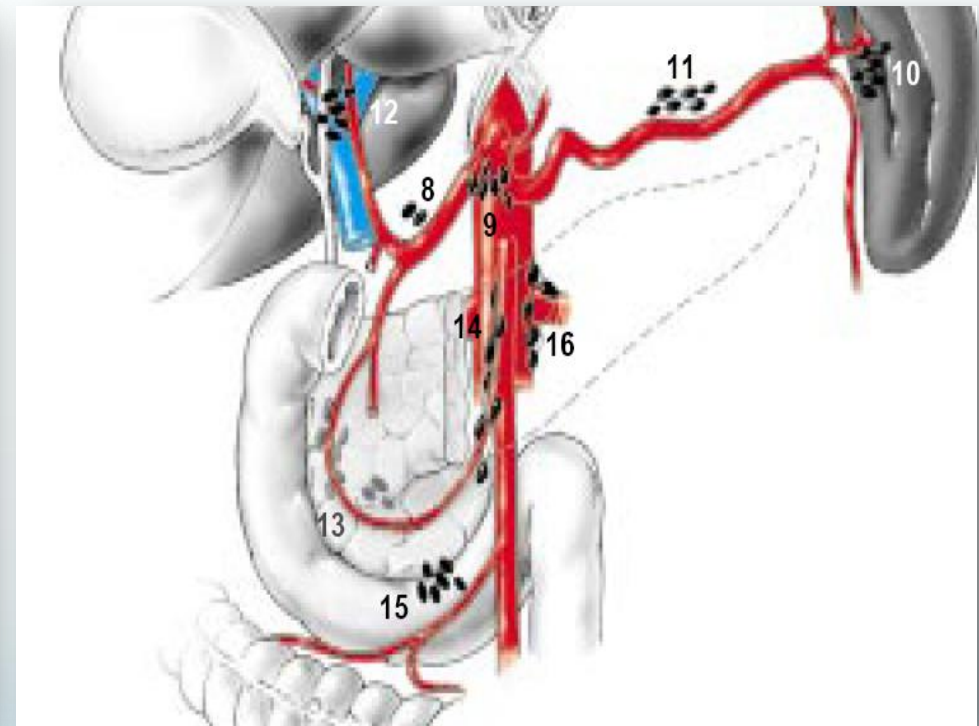
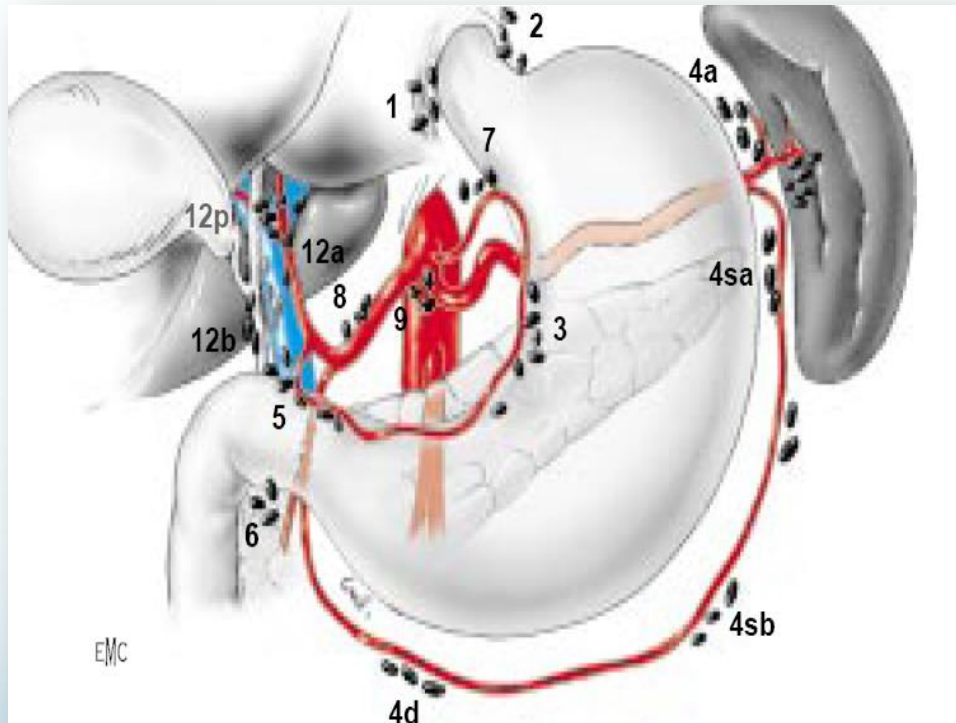
Vascularisation



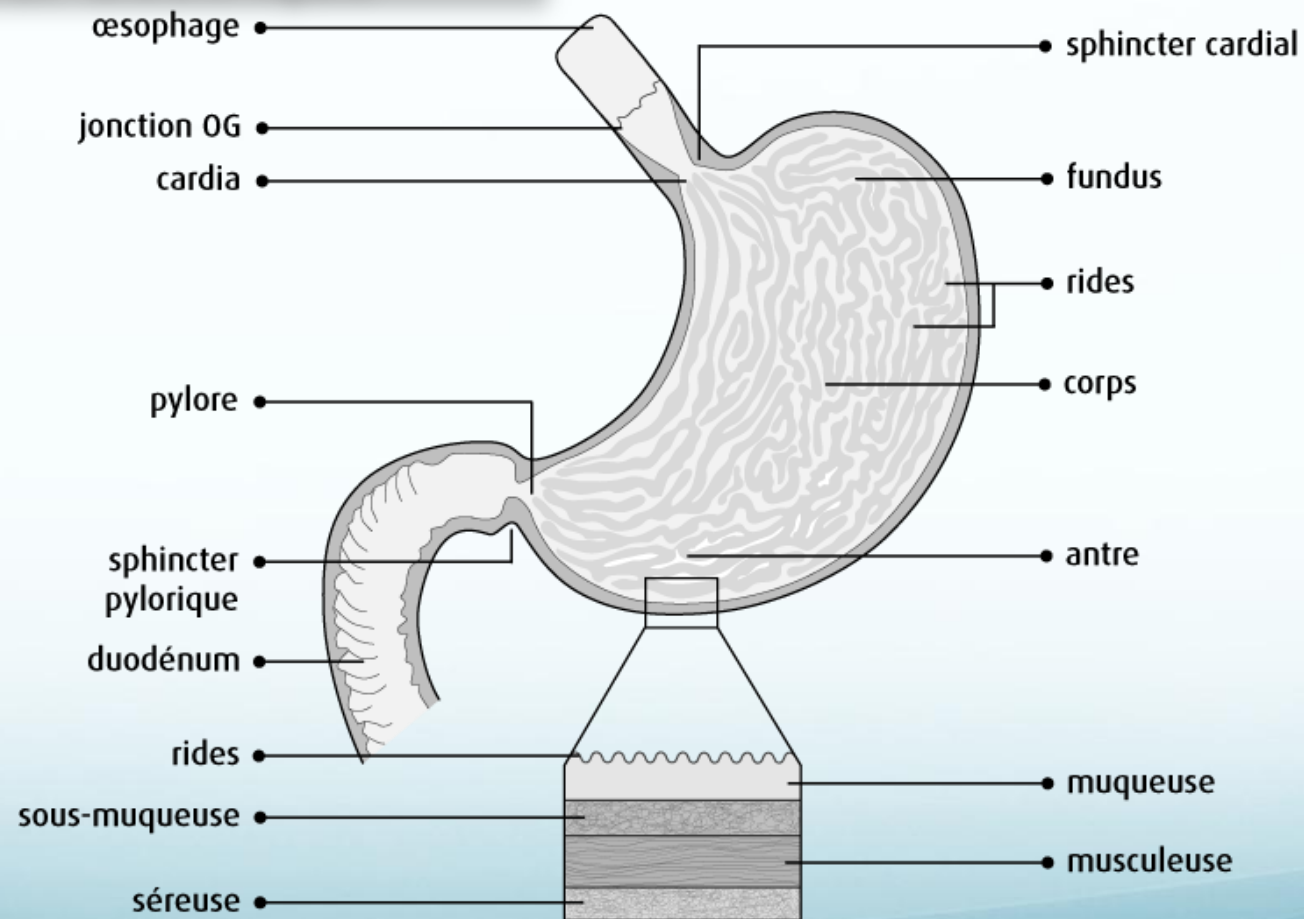
Lymphatiques

1 ^{er} groupe gg péri gastriques	2 ^{ème} groupe gg pédiculaires	3 ^{ème} groupe gg lointains
1. gg paracardiale dt 2. gg paracardiale gche 3. gg pt courbure 4. gg gde courbure 4s (gauche) 4sa : proximaux 4sb : distaux 4d (droit) 5. gg supra pylorique 6. gg infra pylorique	7. gg artère coronaire Stomachique 8. gg artère hépatique commune 9. gg du tronc coeliaque 10. gg du hile splénique 11. gg artère splénique	12. gg pédicule hépatique 13. gg rétro-duodeno-pancreatique 14. gg artère mésentérique sup (AMS) 15. gg artère colique moyenne 16. gg para-aortique

Lymphatiques



Paroi Gastrique



Rôle de l'alimentation : (produits de conservation)

Certains aliments favorisant l'apparition de lésions précancéreuses, essentiellement

- les nitrates donnant une gastrite atrophique, dérivés nitrés cancérigènes(nitrosamines et nitrosamides),
- céréales, végétaux en **conserves**
- l'alcool et le tabac

Facteurs génétiques :

- Groupe sanguin A.
- Notion de cancers familiaux.

Facteurs professionnels :

- exposition aux poussières de charbon, de fer et de silices.

Lésions précancéreuses : est une anomalie histologique dans laquelle le cancer est le plus sv observé que dans le tissu normal ; sv désigné sous le non de **dysplasie épithéliale**.

- **Gastrite atrophique**: gastrite chronique : C'est une atrophie complète des glandes sv associée à une métaplasie intestinale. Son diagnostic est histologique, plusieurs arguments plaident en faveur de l'association gastrite chronique et cancer.
- **L'ulcère gastrique chronique et la gastrite chronique** : La localisation tumorale en bordure de l'ulcère; parfois le cancer peut se révéler sur la cicatrice d'un ulcère apparemment guéri.
- **Polype gastrique Adénomateux**: tubulo-villeux, peut dégénérer d'où l'intérêt de la résection endoscopique.
- **Anémie de Biermer** : Intérêt d'une surveillance endoscopique,
- **Maladie de ménétrier** : Epaississement de la muqueuse gastrique, le diagnostic est biopsique avec risque de cancer dans 10% des cas, une surveillance par biopsies multiples est indiquée.
- **Gastrectomie partielle** pour lésion bénigne : C'est le cancer du moignon, s'accompagne sv de lésions d'atrophie de la muqueuse fundique, le mécanisme serait le reflux biliaire.
- **Dysplasie** légère, modérée ou sévère.
impose une surveillance endoscopique régulière avec biopsie ou décision chirurgicale immédiate ?

Les cancers de l'estomac sont dans **90%** des cas de type glandulaire, représentés par les **adénocarcinomes**.

- Etat précancéreux :
 - Dysplasie** : C'est une modification de l'organisation architecturale de la muqueuse gastrique. (légère, modérée ou sévère) (cancer insitu : différencié)
 - Métaplasie** : C'est une transformation de l'épithélium gastrique en un épithélium de type intestinal
- Macroscopie : trois aspects ;
 - Forme **bourgeonnante** et infiltrante en lobe d'oreille (linite gastrique) : 37% des cas.
 - Forme **ulcéreuse**: ulcère malin : 30% des cas.
 - Forme **végétant**: 21% des cas.
 - La topographie :
 - Antrale :60%.
 - Petite courbure verticale : 20%.
 - Grande courbure et cardia : 20%.
- Microscopie :
 - Forme typique : adénocarcinome.
 - On distingue de l'aspect le plus différencié à l'aspect le plus indifférencié..

CLINIQUE

SIGNES FONCTIONNELS:

- **Douleur:**

La douleur est le symptôme révélateur dans environ 75 % des cas :

Il s'agit soit d'une douleur de type ulcéreux, rythmée par les repas et calmée par les antiacides ;

Soit de douleurs atypiques : sensations de pesanteur gastrique, de brûlures ;

- **Vomissements:**

Apparaissent tardivement et sont l'apanage des localisations orificielles (cardia, pylore).

- **Hémorragies digestives:**

Rarement extériorisées (hématémèse ou méléna), Il s'agit le plus svt d'un saignement occulte responsable d'anémie.

- **Dysphagie**

peut révéler un cancer du cardia.

SIGNES GÉNÉRAUX:

- **Amaigrissement** : la perte de poids est en moyenne de 5 à 6 kg ; elle peut dépasser 20 kg
- **Anorexie**
- **Asthénie** s'observent dans plus de la moitié des cas.

..

CLINIQUE

EXAMEN CLINIQUE:

- **Formes précoces:** l'examen clinique est le plus souvent normal.
- **Formes évoluées:** la palpation abdominale peut mettre en évidence une **masse** épigastrique, une **hépatomégalie** ou une **ascite** (Carcinose péritonéale)
- Rechercher un **gg de Troisier** (adp sus-claviculaire gauche)
- **T.R:** nodule au niveau du cul de sac de Douglas

BIOLOGIE

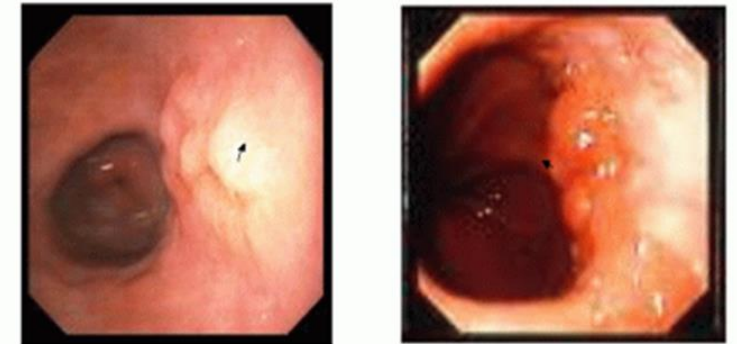
- **Marqueurs tumoraux** : intérêt dans la surveillance thérapeutique
 - CA 72.4 serait présent dans la moitié des cas. Il est spécifique des ADK, ACE. Il n'a pas de valeur de spécificité
 - CA 19.9 peu spécifique des cancers gastriques.
 - L'**alpha foeto-protéine** : recherche des métastases hépatiques
- **Bilan d'opérabilité** :
 - . Fonction hépatique (phosphatase alcaline, transaminase...)
 - . FNS (anémie, leucocyte?) .
 - . Taux de protides et d'albumine .
 - . Calcémie , phosphorémie .
 - . Ionogramme sanguin .
 - . Urée , créatinine et glycémie .
 - . TP , TCK , groupage sanguin .

ENDOSCOPIE

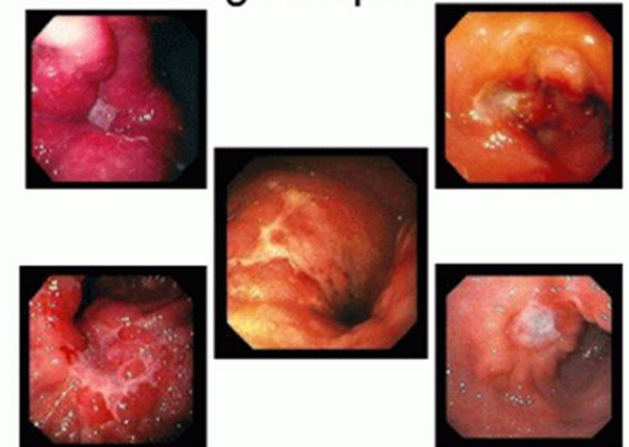
FDH: fibroscopie digestive haute, *sensible 96%*

- Pose le **dgc** par la **biopsies** (7 à 12) sur l'ensemble de la lésion
- Distinguer les formes superficielles des formes invasives.
- Trois formes : végétante ;ulcéro-végétante et infiltrante en « lobe d'oreille » infiltrante: limite plastique la muqueuse est épaissie (l'infiltration sous muqueuse)
- Permet la surveillance et suivi des sujets à risque.(dgc précoce)
- Permet la résection d'éventuels des polypes.

cancer gastrique superficiel



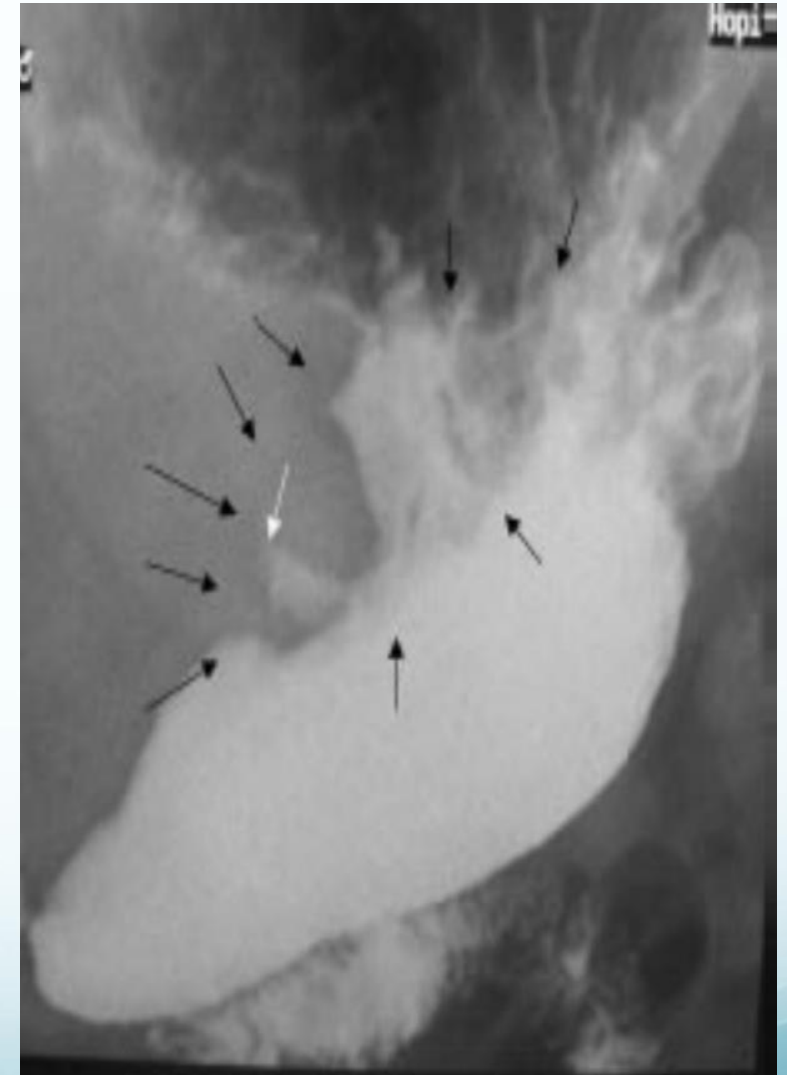
Cancer gastrique : ulcéré



TOGD

simple et le double contraste.

- **La forme végétante** avec une **image lacunaire fixe**,
- **La forme ulcérante** avec une **image d'addition** réalisant un aspect de niche
- **La forme infiltrante** une **rigidité segmentaire**, une sténose, un estomac petit, rétracté,



Formes compliquées :

- Hémorragies .
- Perforation .
- Sténose . (Cardia, ou antro pylorique)

Cancer superficiel ou précoce :

- découvertes au cours de la surveillance d'un état précancéreux

Formes anatomo-pathologiques :

- Linite plastique : infiltration de toutes les couches de la paroi gastrique, micro gastrie.
- représente 5 % des cancers gastrique, mauvais pronostic .

Cancer sur moignon gastrique :

- Entité particulière où la tumeur siège sur moignon de Gastrectomie, qui a été réalisée des années auparavant, pour une pathologie bénigne

Exm clinique:

l'examen recherchera des adp (gg de Troisier sus claviculère gauche).
Une ascite, une masse abdominale.

Echographie abdominale:

l'examen le plus fiable pour mettre en évidence les métastase hépatiques.
Alors que les **adp** sont plus difficilement individualisées.

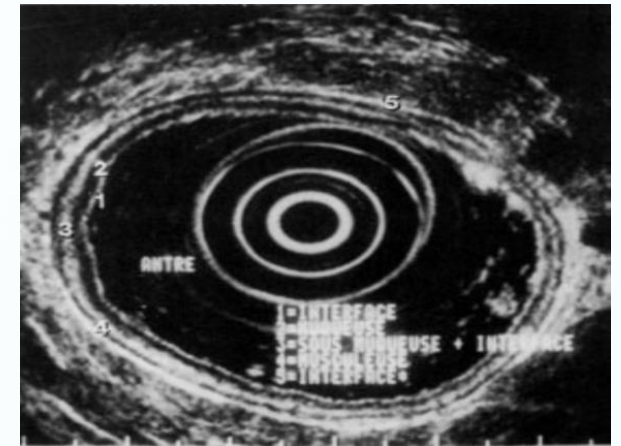
TDM Thoraco-abdomino-pelvienne :

- l'examen de référence pour apprécier les rapports de la tumeur avec les organes de voisinage.
- Il est moins fiable que l'échographie pour le diagnostic de métastases hépatiques.
- Il ne visualise des adénopathies pathologiques qu'à partir de 1,5 cm de diamètre.
- Un **scanner thoracique** est utile à la recherche de métastases pulmonaires avec une sensibilité supérieure à la radiographie du thorax

Echo endoscopie :

associe une sonde à ultrasons à un endoscope. Elle permet :

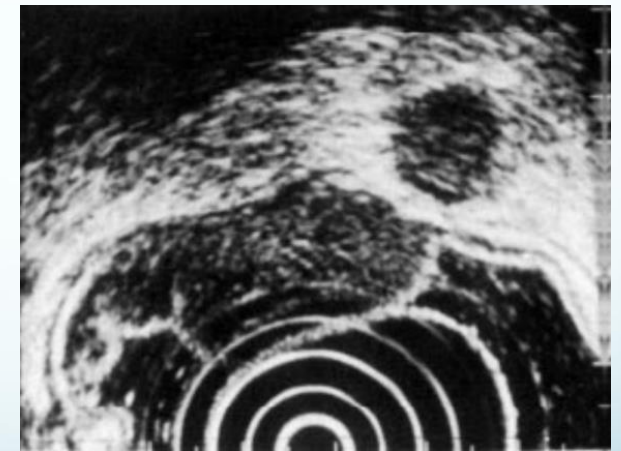
- d'individualiser les couches pariétales de l'estomac
- découvrir des adénopathies suspectes de malignité.
- La fiabilité de 75 % = supérieur aux résultats de la TDM.



Transit du grêle et le lavement baryté

en fonction des signes cliniques,

- éventuelle atteinte du colon transverse ou
- compression extrinsèque



Classification clinique TNM 2010 des tumeurs de l'estomac

T:Tumeur primitive

- Tx Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.
- T0 Pas de signes de tumeur primitive.
- Tis Carcinome in situ : tumeur intra-épithéliale sans invasion de la lamina propria, dysplasie de haut grade.
- T1
 - T1a** : Tumeur envahissant la lamina propria (ou la musculaire muqueuse).
 - T1b** : Tumeur envahissant la sous-muqueuse.
- T2 Tumeur envahissant la musculuse.
- T3 Tumeur envahissant la sous-séreuse.
- T4
 - T4a** : Tumeur perforant la séreuse.
 - T4b** : Tumeur envahissant les structures adjacentes.

N:Adénopathies régionales

- Nx Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies.
- N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.
- N1 Envahissement de 1 à 2 ganglions lymphatiques régionaux.
- N2 Envahissement de 3 à 6 ganglions lymphatiques régionaux.
- N3
 - N3a** : Envahissement de 7 à 15 ganglions lymphatiques régionaux.
 - N3b** : Envahissement de 16 ou plus ganglions lymphatiques régionaux.

M:Métastases à distance

- M0 Pas de métastases à distance.
- M1 Présence de métastase(s) à distance.

CLASSIFICATION: TNM 2010.

Stades tumoraux

Stades tumoraux			
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade IA Stade IB	T1	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stade II	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stade IIIA	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Stade IIIB	T3	N2	M0
Stade IV	T4	N1, N2, N3	M0
	T1, T2, T3	N3	M1
	Tout T	Tout N	M1

TRAITEMENT MÉDICALE:

(ATB) correction de tares et des troubles métaboliques et nutritionnels,

MÉTHODES À VISÉE CURATIVES :

- **Gastrectomie polaire inférieure :**
 - Etendue : 4/5 ou 3/4 avec curage ganglionnaire
 - +rétablissement de la continuité digestive
- **Gastrectomie polaire supérieure :**
 - Résection : 2/3 supérieur de l'estomac et une partie de l'œsophage .
 - +curage ganglionnaire
 - + rétablissement de la continuité digestive
- **Gastrectomie totale :**
 - Résection estomac , œsophage terminal , D1 mobile.
 - Rétablissement de la continuité oeso jéjunale

MÉTHODES PALLIATIVES

- Gastrostomie d'alimentation .
- Jéjunostomie d'alimentation
- Dérivation interne : GEA , .
- Gastrectomie de propreté .
- Endoprothèse per chirurgicale

Traitement néo adjuvant et adjuvant :

Les adénocarcinomes gastriques sont **relativement chimio sensibles**.

- **La chimiothérapie post opératoire : (adjuvante)**
 - Améliore la survie sans maladie et la survie globale.
- **La chimiothérapie néo-adjuvante** (d'induction) des formes localement évoluées non résécables :
 - Recommandée par les experts. Elle réduit la taille de la tumeur et augmente le taux de résection.



U.B.M.A
FACULTÉ DE MÉDECINE. ANNABA
Module de Gastro-entérologie
20 Novembre 2017



Pr. HADDAD Salim
Service de chirurgie générale CHU Annaba.

MERCI

