

LE CANCER GASTRIQUE

Considérations générales

- Fréquence maximale vers l'âge de 60 ans; rapport hommes/femmes 2/1
- En dessous de 30 ans l'incidence est 3 fois plus faible
- Aux Etats-Unis: 10 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an
- Incidence en Europe Centrale et de l'Est: 35 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants par an
- Au Japon; la „maladie nationale”

Etioopathogénie

- *Facteurs génétiques*
- *Groupe sanguin A*
- *Facteurs diététiques*
 - - tabagisme
 - Conservants alimentaires (sels, nitrates)
 - nitrosamines
 - apport réduit en légumes et fruits (qui contiennent des facteurs anti-oxydants)
- *Estomac opéré (cc. du moignon gastrique)*

Etioopathogénie

- *Facteurs /états prédisposants*
 - Anémie perniciieuse
 - Bas niveau des gammaglobulines (baisse de l'immunité)
- *Gastrite atrophique:*
 - *Type A* :diffuse , association avec l'anémie perniciieuse
 - *Type B*: localisation antrale

Etio-pathogénie

- **Métaplasie intestinale**
- **Helicobacter pylori**
- **Ulcère gastrique**
- **Polypes gastriques** – le type adénomateux
 - 30% contiennent des foyers d'adénocarcinomes-
20% des patients à polypes ont aussi un
adénocarcinome avec une autre localisation
 - l'incidence de l'adénocarcinome augmente si les
dimensions des polypes s'accroissent
 - -La maladie de Ménétrier (polypose familiale du
tube digestif)

(etats precancereux)



Anatomie pathologique

- L'adénocarcinome 95%

- papillaire

- tubulaire

- muqueux

- cellules en „bague à sceau”. Lauren en décrit deux types:

- *Type intestinal* : les cellules forment des structures glandulaires; le meilleur pronostic

- *Type diffus* : zones diffuses, à petites cellules; pronostic moins bon

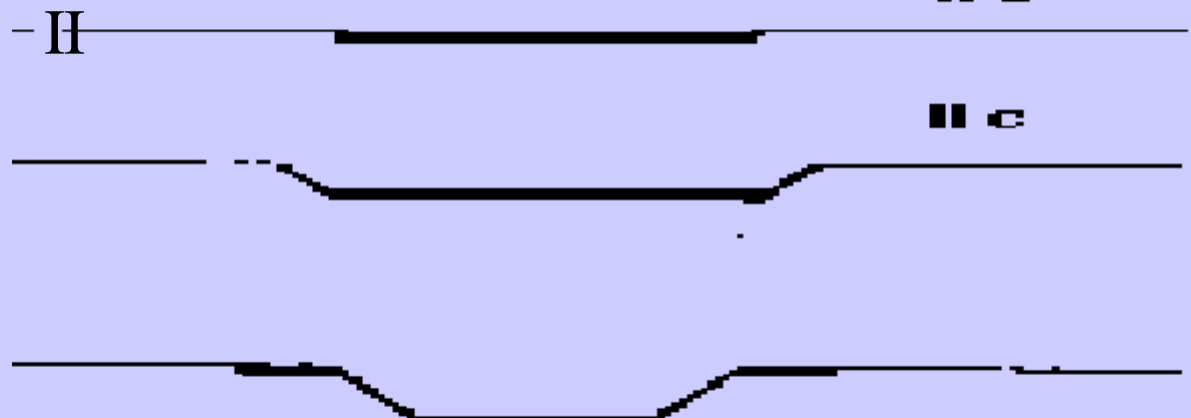
Anatomie pathologique

- *Le cancer gastrique précoce:*
- Localisation: la muqueuse et de la submuqueuse
- 90% des cas opérés: survie à 5 ans
- Trois types: 1. *Protrusif*
 - 2. *Superficiel*: - élevé
 - plat
 - déprimé
 - 3. *Excavé*

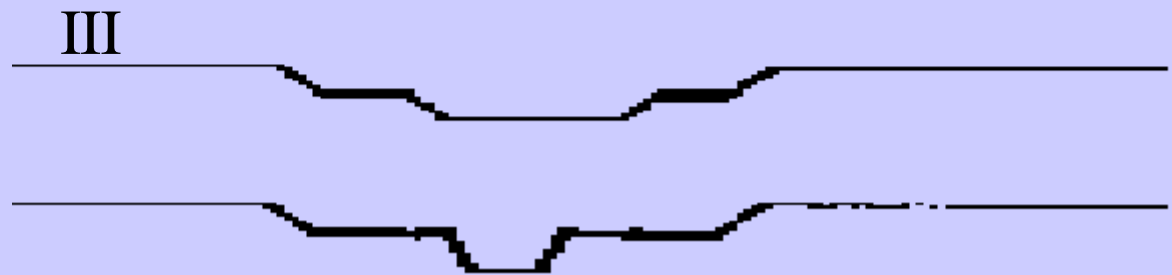
1. *Protrusif*



2. *Superficiel*



3. *Excavé*



Cancer gastrique à ses débuts



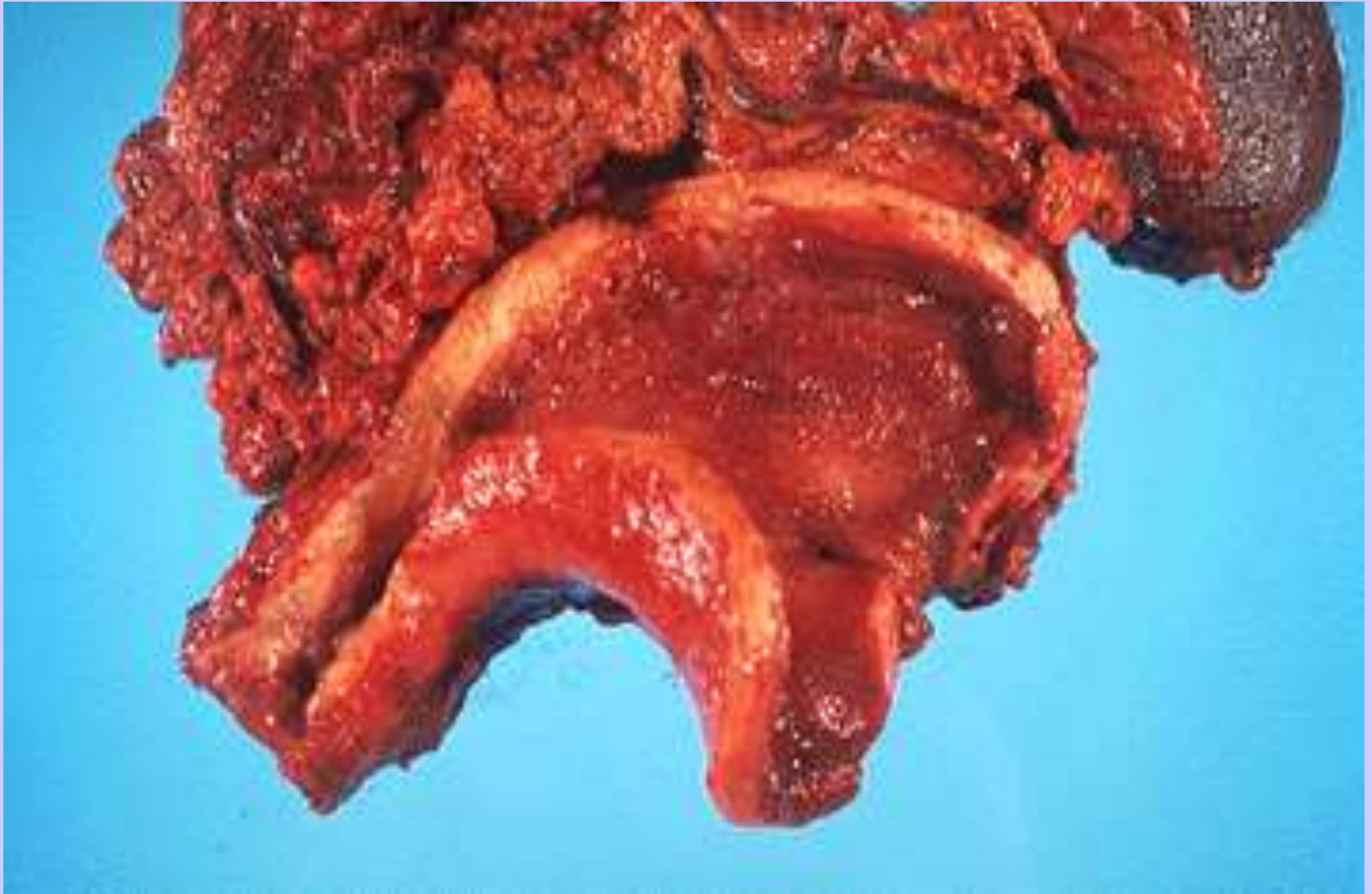
Anatomie pathologique

Carcinome avec localisation superficielle

Cancer gastrique avancé:

- *Carcinome végétant :à métastases tardives*
- *Carcinome ulcératif*
- *Carcinome ulcéro-végétant*
- *Carcinome infiltratif (linite plastique) –
avec dissémination rapide*

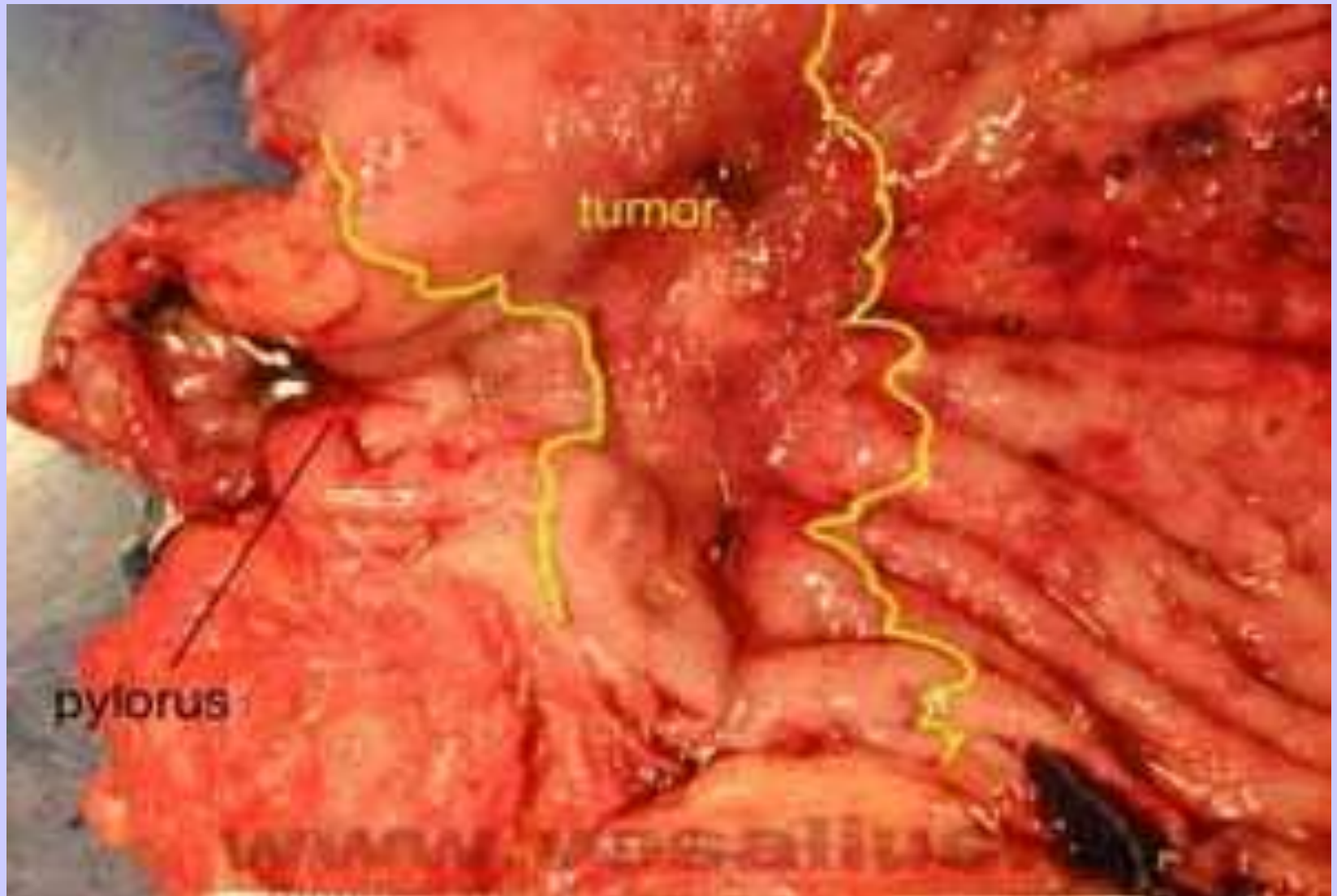
Anatomie pathologique



Anatomie pathologique



Anatomie pathologique



Anatomie pathologique

Le degrés de différenciation histologique
(G1,G2,G3) influence directement la survie

Dissémination

1. *Intramurale*

2. *Invasion locale/enhahissement local?*

- Par pénétration des couches anatomiques de la paroi , jusqu'à la **séreuse** et aux organes avoisinants
- La métastase de Krukenberg (tumeur ovarienne), Blummer (in Douglas), Virchow (latérocervicale), Sister-Joseph (périombilicale)

3. *Hématogène : portale*

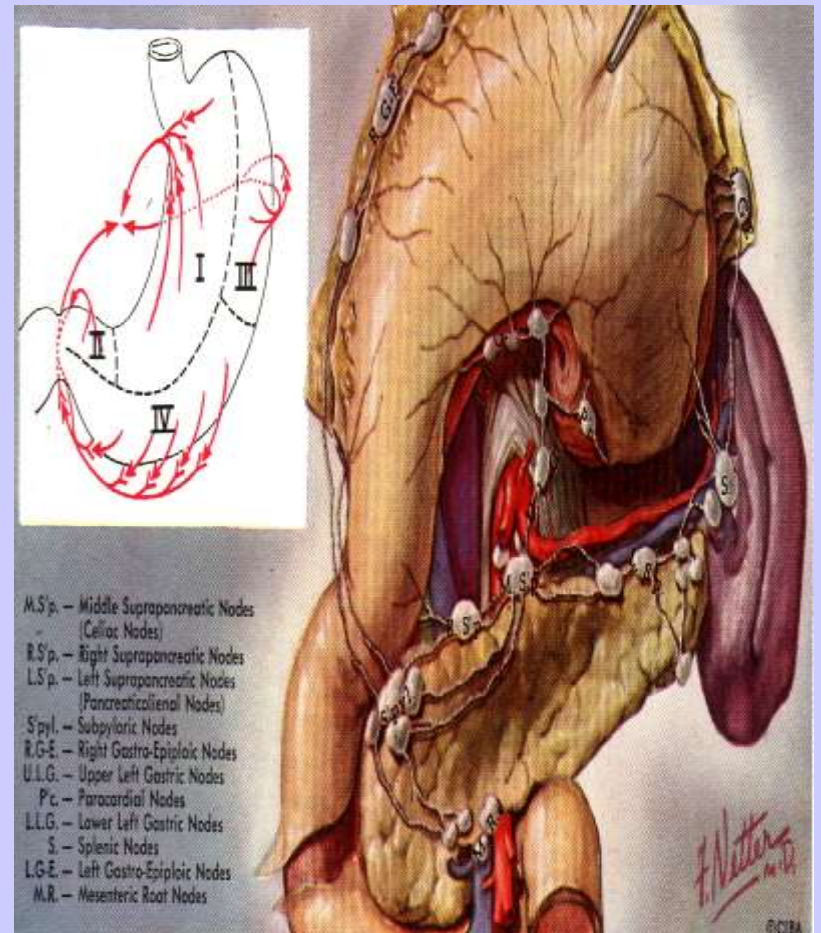
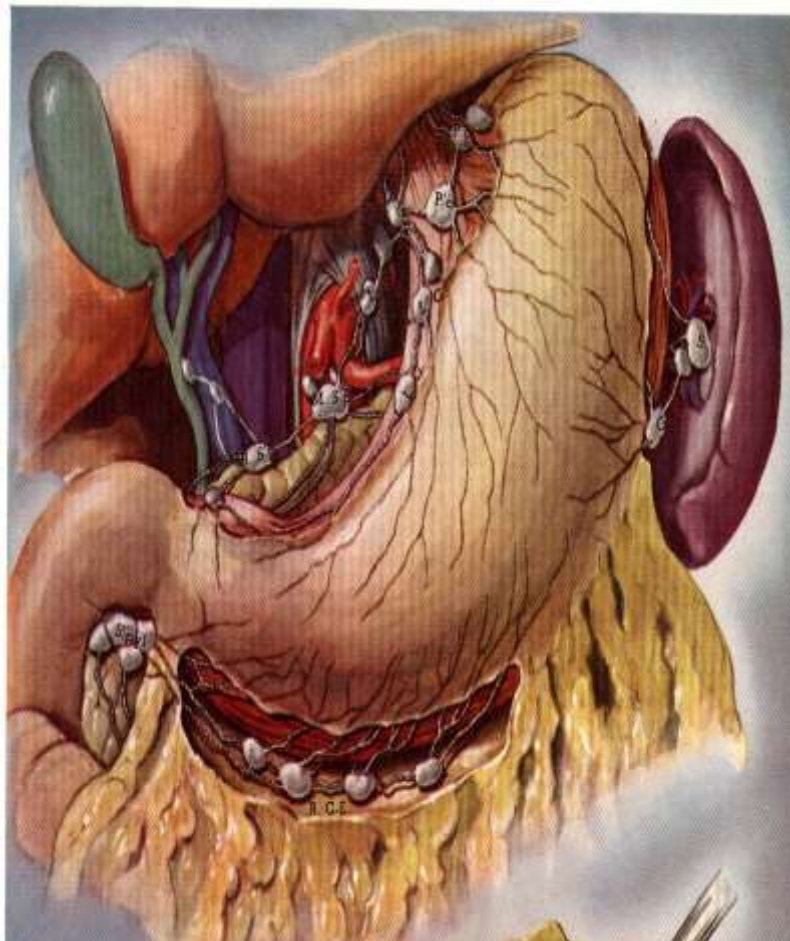
- circulation systémique

Dissémination

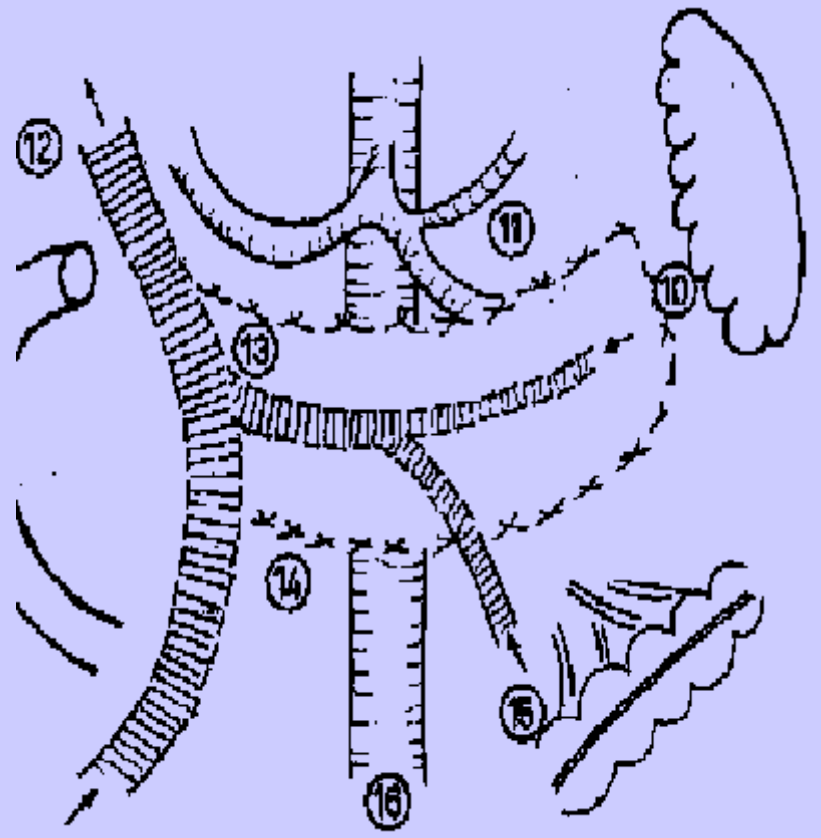
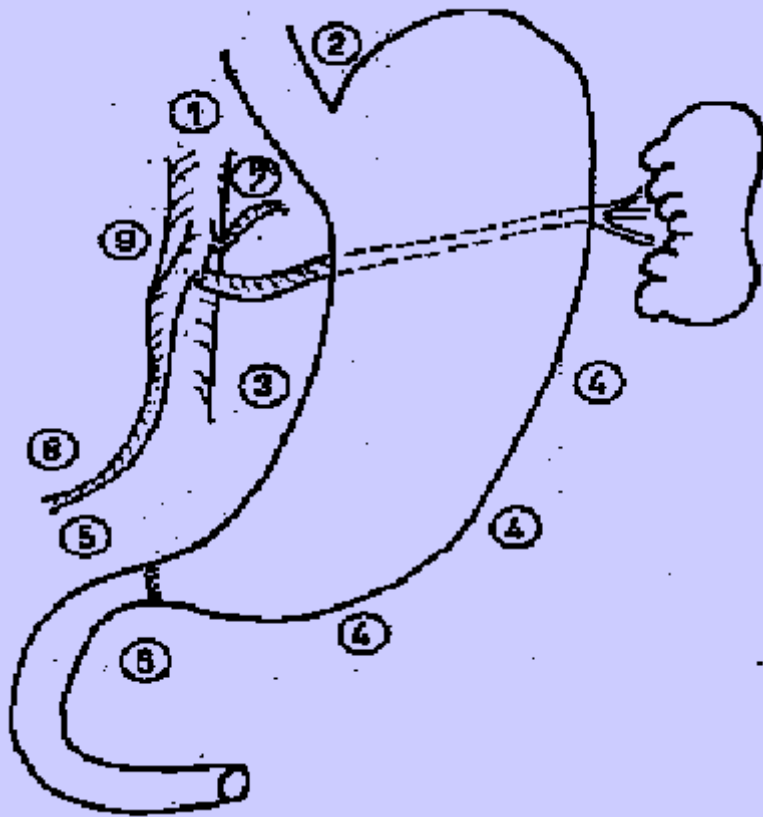
4. Voie lymphatique:

- 4 aires de drainage lymphatique
- 16 groupes ganglionnaires

Dissémination lymphatique



Dissémination lymphatique



STADIALISATION

Tumeur primaire (T):

Tx- la tumeur primaire ne peut pas être mise en évidence

T0- la tumeur principale n'existe pas

Tis- carcinome "in situ", tumeur intra-épithéliale sans invasion de" lamina propria"

T1- la tumeur envahit "lamina propria" ou la submuqueuse

T2- la tumeur envahit la musculaire jusque sous la séreuse

T3- la tumeur pénètre la séreuse (péritoine viscéral) sans envahir les structures adjacentes

T4- la tumeur envahit les structures adjacentes

Les lymphonodules régionaux (N) :

Nx- *les lymphonodules régionaux ne peuvent pas être mis en évidence*

N0- *les lymphonodules régionaux ne sont pas envahis*

N1- *1-6 lymphonodules régionaux envahis*

N2- *7-15 lymphonodules régionaux envahis*

N3- *>15 lymphonodules régionaux envahis*

Métastase à distance (M):

Mx- *on ne peut pas mettre en évidence des métastases à distance*

M0- *il n'y a pas de métastases à distance*

M1- *des métastases à distance sont présentes*

Stadialization

Stadiul	Tumora	Noduli	Meta.	Trat.
Stadiul 0	Tis	N0	M0	Chir.
Stadiul I	T1	N0	M0	Chir.
	T1	N1	M0	± chimio-
	T2	N0	M0	terapie(CHT)
Stadiul II	T1	N2	M0	Chir.
	T2	N1	M0	+ CHT
	T3	N0	M0	
Stadiul III	T2	N2	M0	Chir.
	T3	N1	M0	+ CHT
	T3	N2	M0	postop.
	T4	N0	M0	
Stadiul IV	T4	N1-2	M0	Chir.
	Orice T	N3	M0	paleativa +
	Orice T	Orice N	M1	CHT + radioterapie

Tableau clinique

- *A. Signes et symptômes*

- sensation de satiété précoce, ballonnements, inconfort abdominal
- douleurs abdominales continues
- perte de poids
- nausée , anorexie
- dysphagie (localisation cardiale), vomissements (localisation antrale)
- tumeur abdominale, adénopathie supraclaviculaire, ascite, hépatomégalie, ictère, etc.

Tableau clinique

B. *Tests biologiques*

- anémie
- antigène carcino-embryonnaire (65%)
- saignements occultes dans les selles (test Hémoccult)

C. *Explorations par imagerie*

- *Radiologie* - ulcération maligne
 - lacune
 - linite
- *Endoscopie + biopsies multiples* (au moins 6)

Tableau clinique

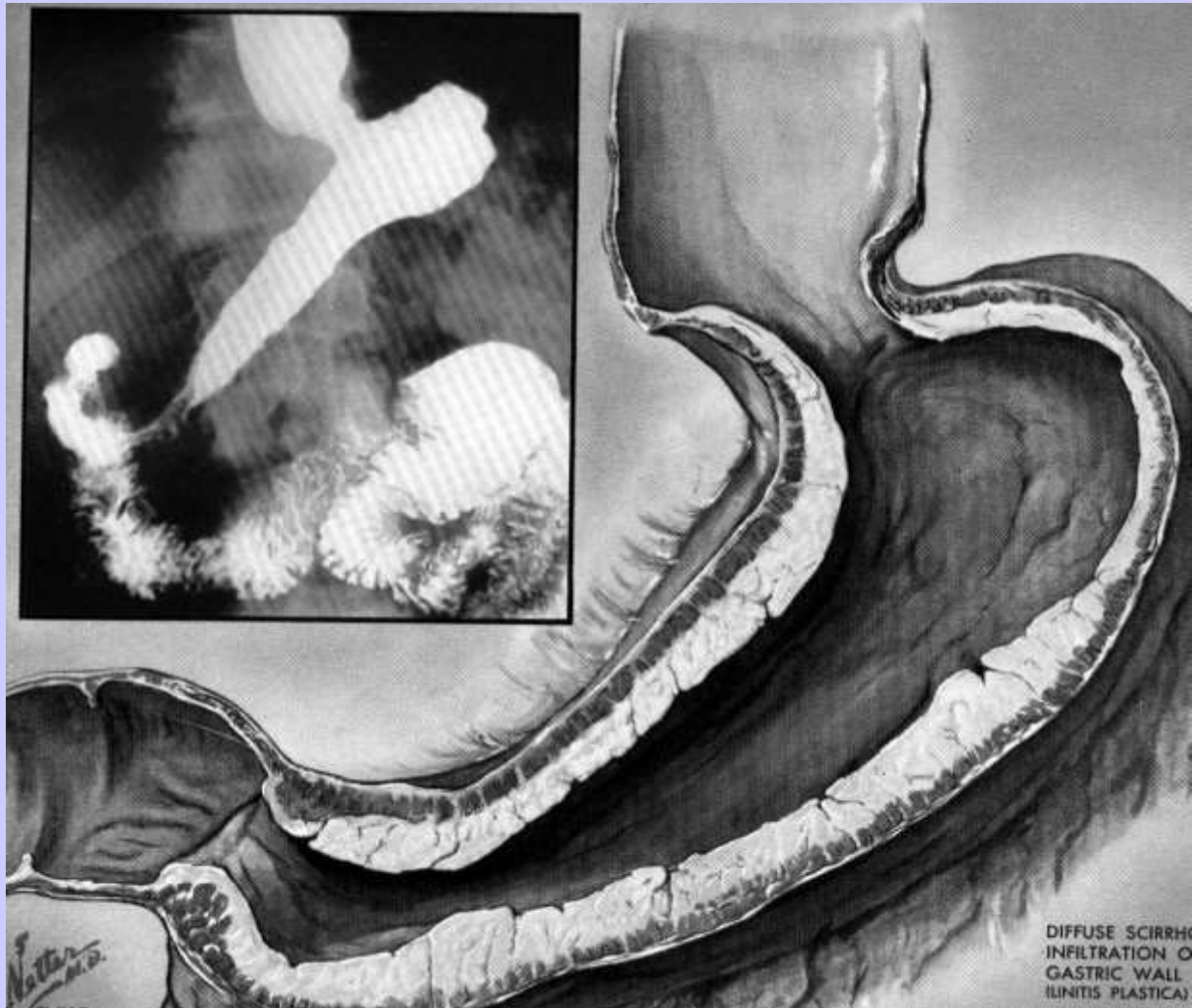
C. Explorations par imagerie (suite)

- Scanners
- - *Echographie (métastases hépatiques, lympho-nodules)*
- - *Echographie endoluminale*





Linite



Radiologie



Tableau clinique



Tableau clinique



Tableau clinique



Tableau clinique



Tableau clinique Linite

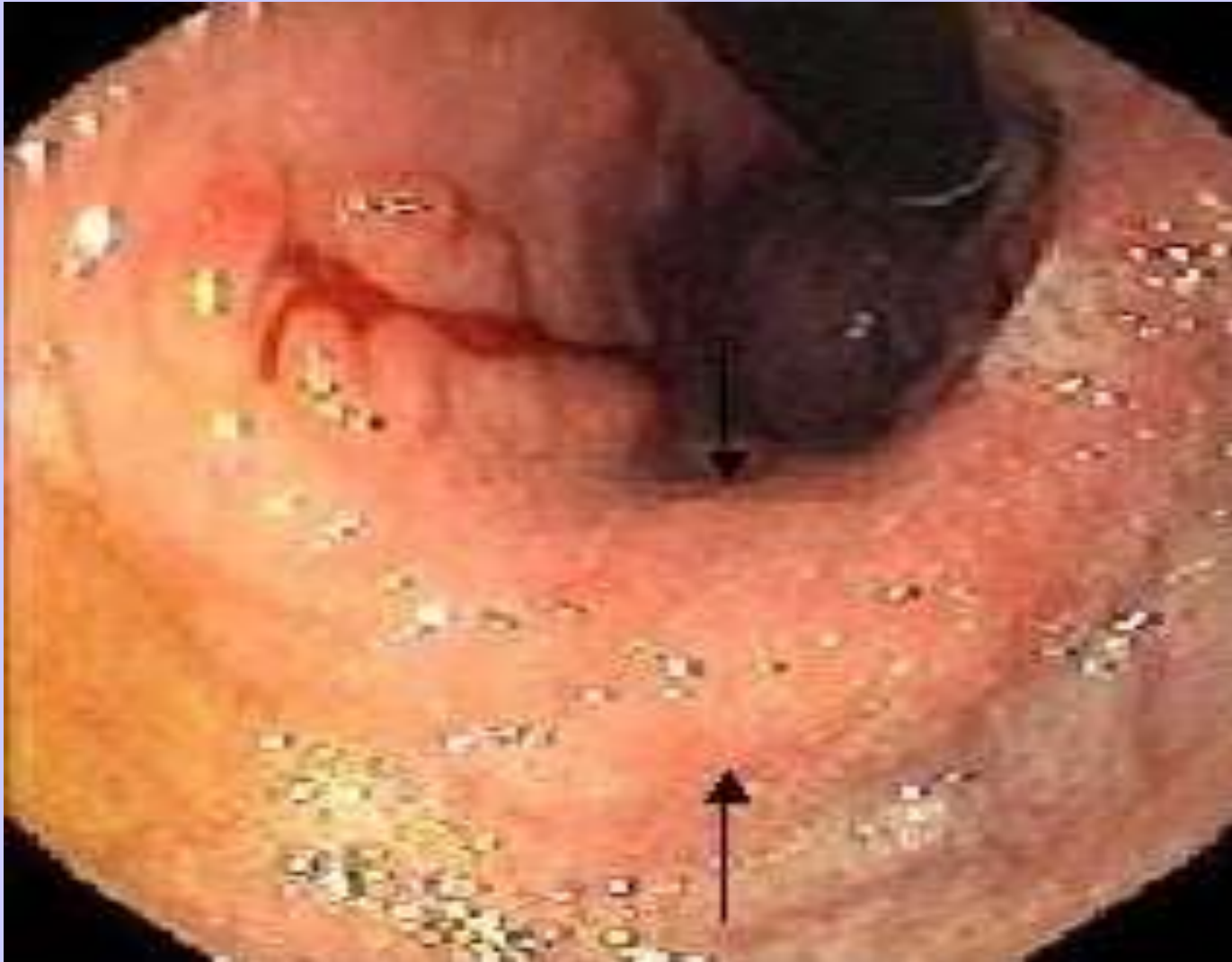
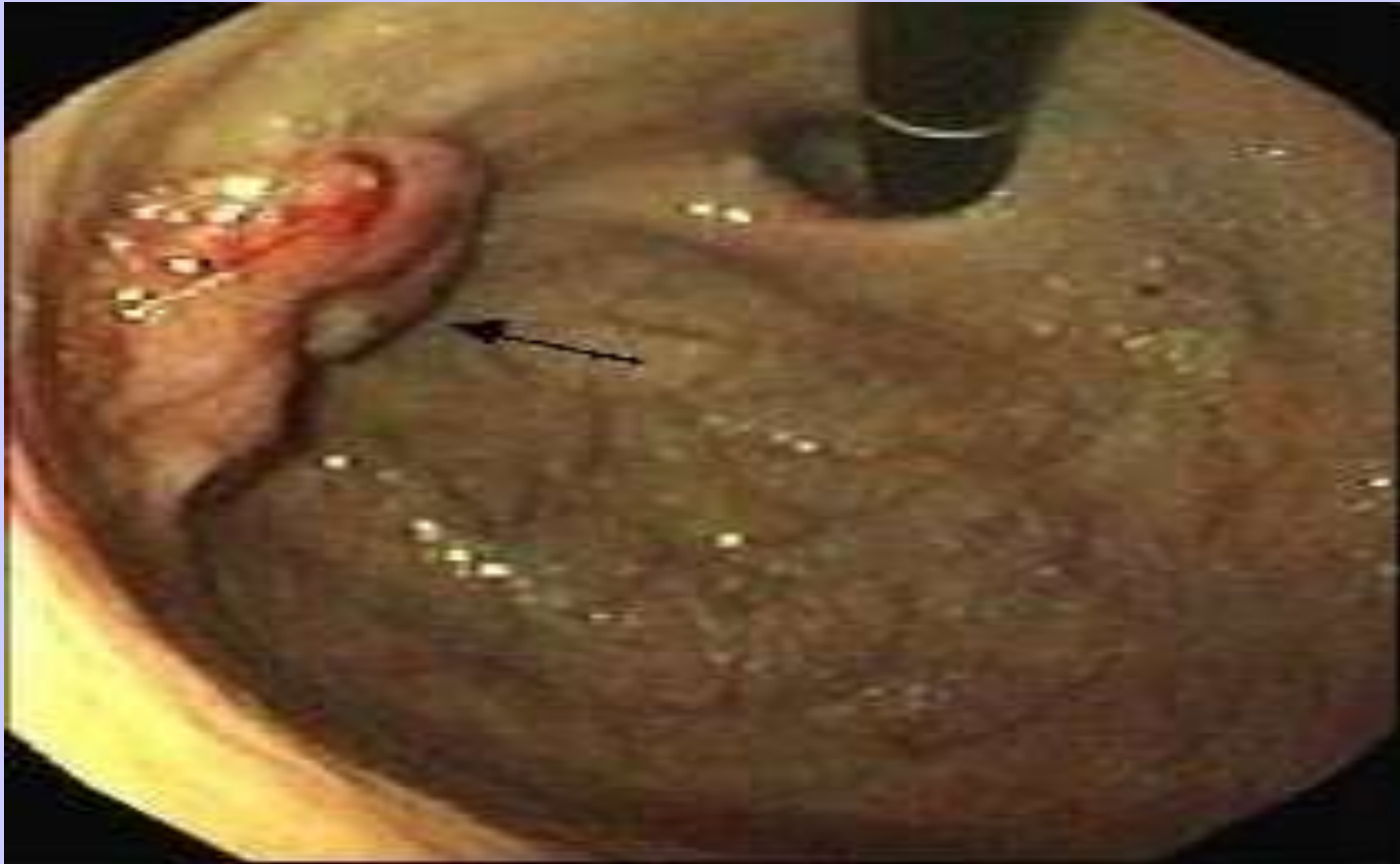


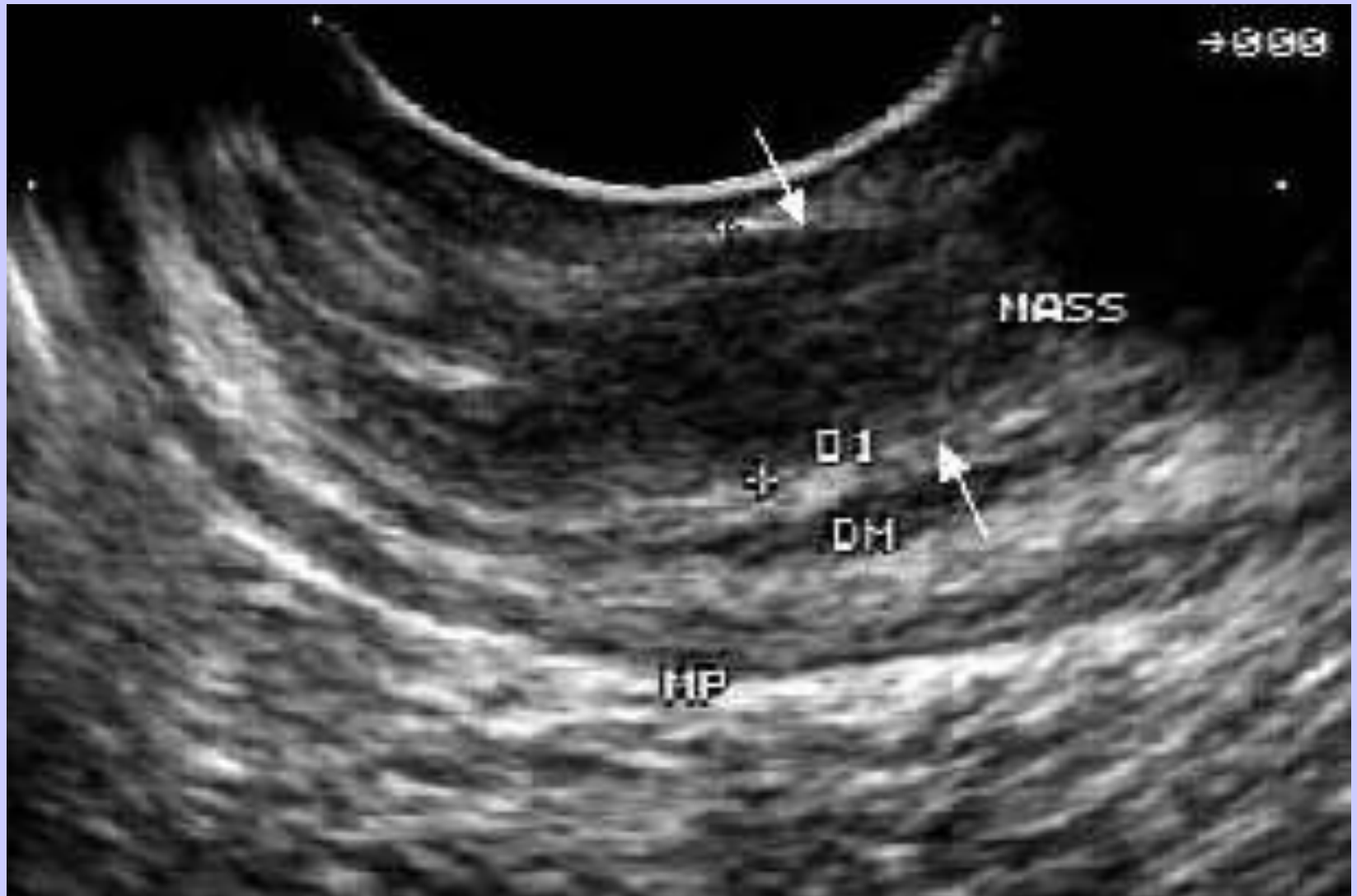
Tableau clinique

Cancer gastrique précoce



ECHO endoluminale

Cancer gastrique précoce



ECHO endoluminale

Cancer gastrique avancé



Linite



Essentiel dans le diagnostic

- Douleur continue
- Pertes de poids
- Explorations radiologiques
- Explorations endoscopiques + biopsies

Complications

- Hémorragie
- Perforation
- Sténose
- Invasion locale
- Fistule gastrique

Traitement

- **Chirurgical**
 - a. Curatif
 - b. Palliatif
- **Chimiothérapie**
- **Radiothérapie**
- **Chimio-immunothérapie**

Dans les cancers respectant la **séreuse** et sans adénopathies (T1-2 N0M0) aucun traitement complémentaire n'est indiqué.

Traitement

- **Curatif:**

- Gastrectomie I. Totale: anast oeso-jejunale Y, Ω

- II. Subtotale

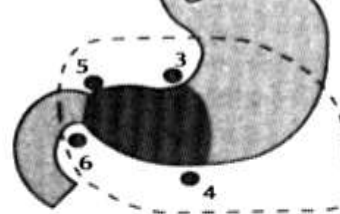
- polaire superieure: anast

- oeso-gastrique

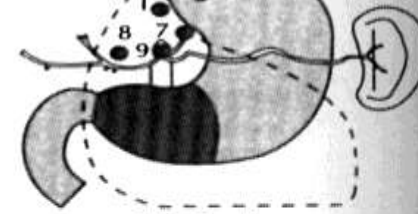
- polaire inferieure: anast

- Bilroth I (Pean) ou Bilroth II (Reichel-Polya)

Traitement

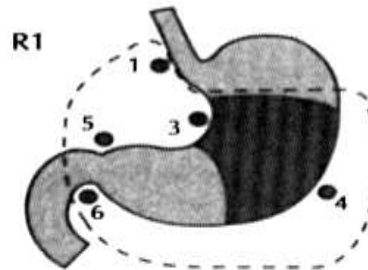


- 3 Lesser Curvature
- 4 Greater Curvature
- 5 Suprapyloric
- 6 Infrapyloric

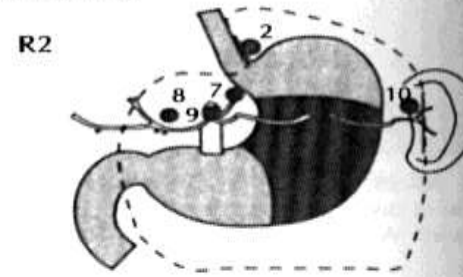


- 1 R Cardiac
- 7 L Gastric Artery
- 8 Hepatic
- 9 Celiac

Middle Third Lesions

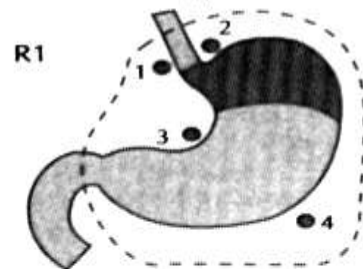


- 1 R Cardiac
- 3 Lesser Curvature
- 4 Greater Curvature
- 5 Suprapyloric
- 6 Infrapyloric

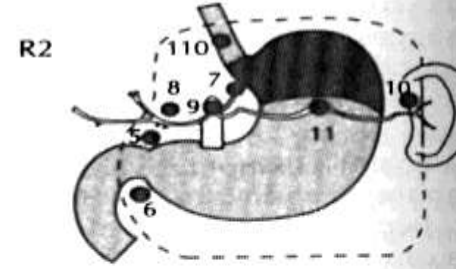


- 2 L Cardiac*
- 7 L Gastric Artery
- 8 Hepatic Artery
- 9 Celiac
- 10 Splenic Hilar*
- 11 Splenic Artery

Upper Third Lesions (Includes Cardia)

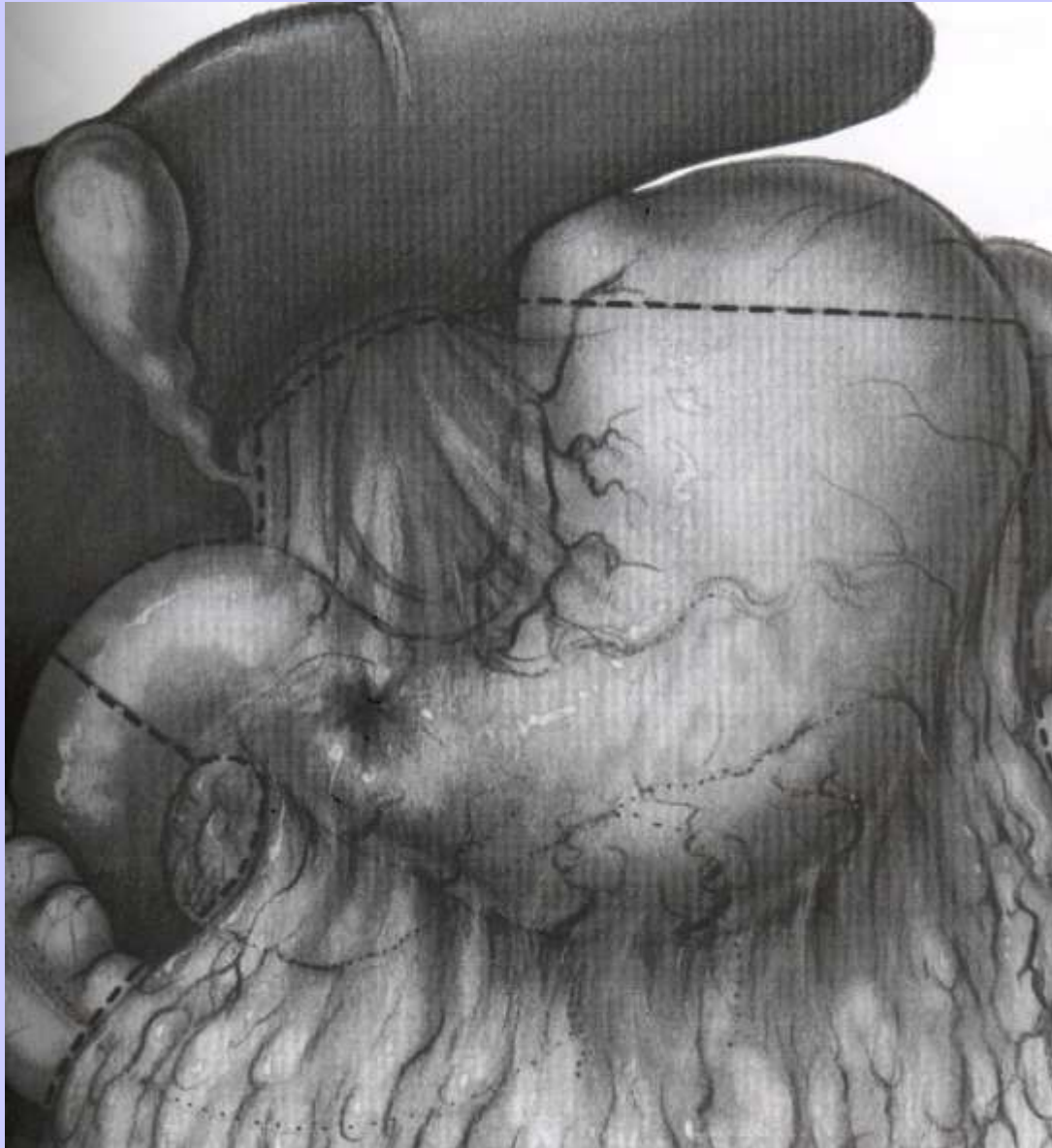


- 1 R Cardiac
- 2 L Cardiac
- 3 Lesser Curvature
- 4 Greater Curvature and Short Gastric

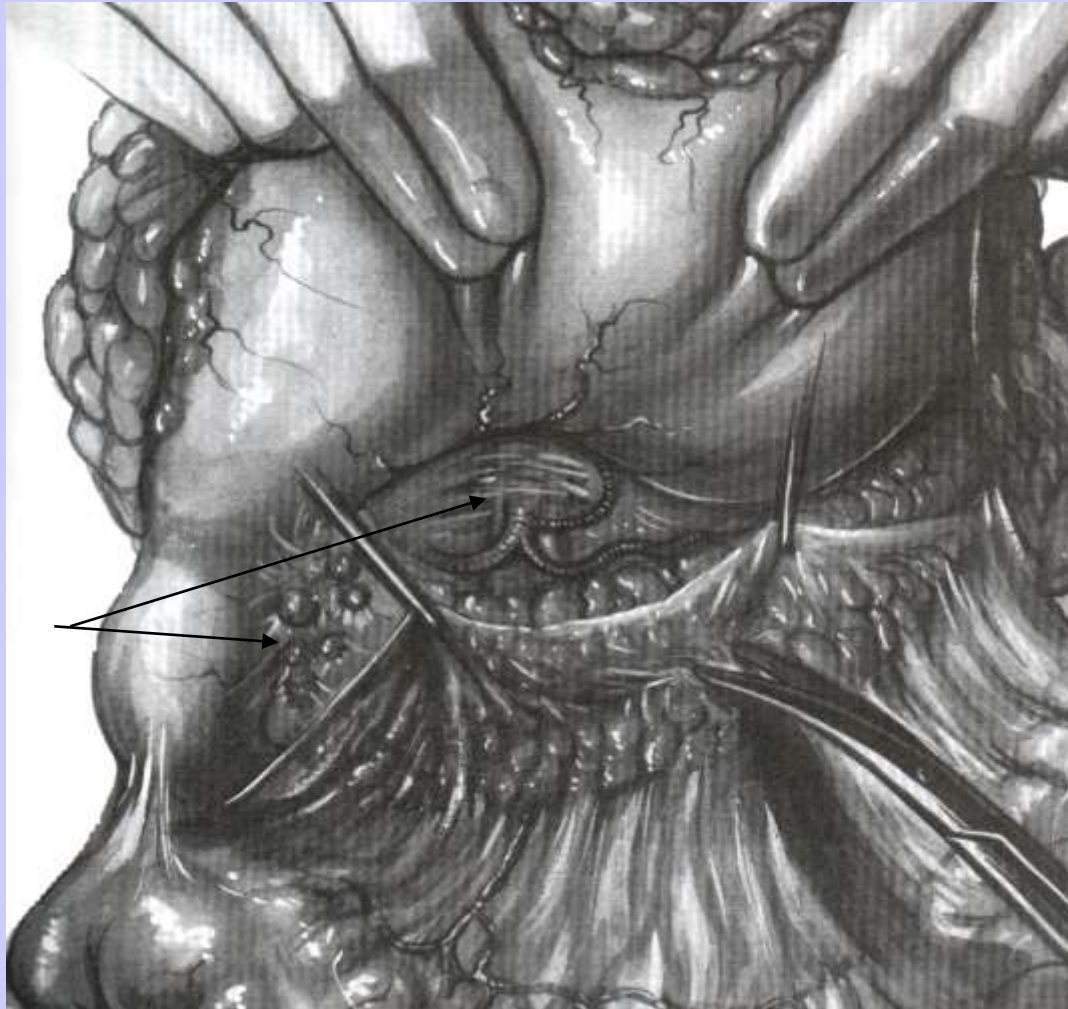


- 5 Suprapyloric*
- 6 Infrapyloric*
- 7 L Gastric Artery
- 8 Hepatic Artery
- 9 Celiac
- 10 Splenic Hilar
- 11 Splenic Artery
- 110 Paraesophageal (Cardia Lesions)

Traitement



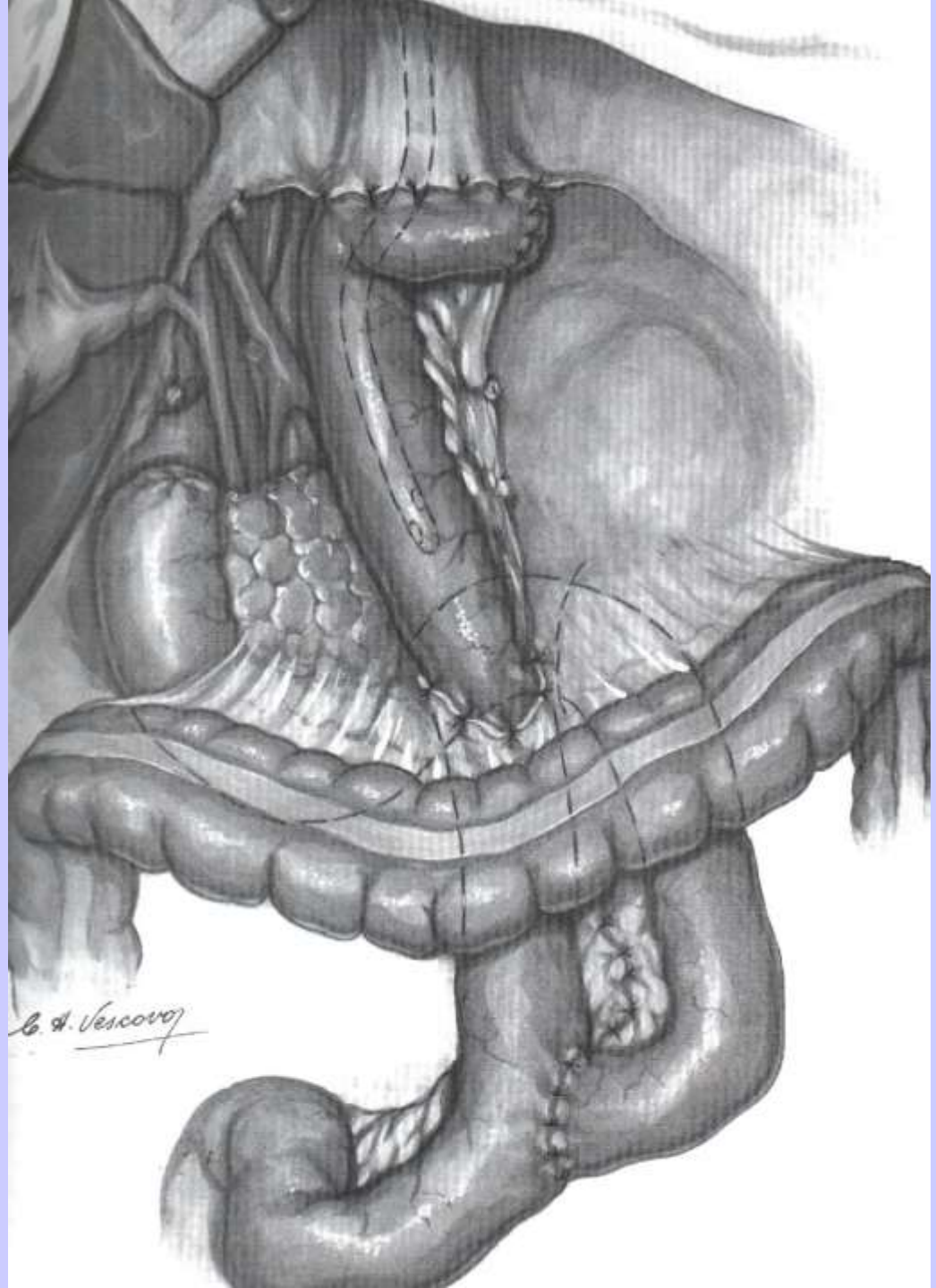
Traitement



Traitement



Traitement



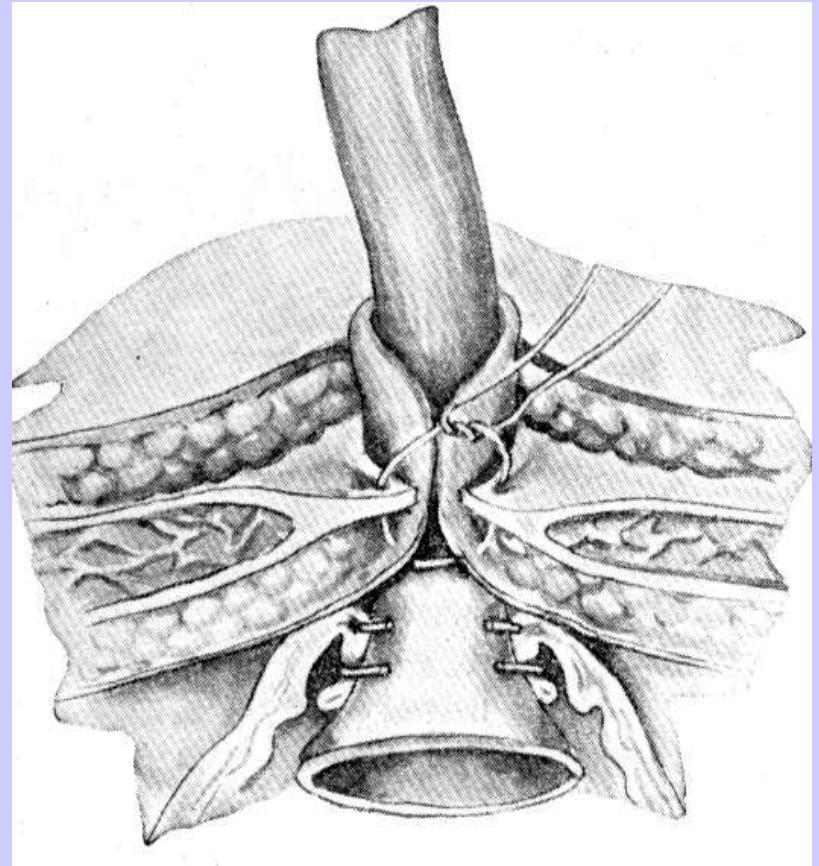
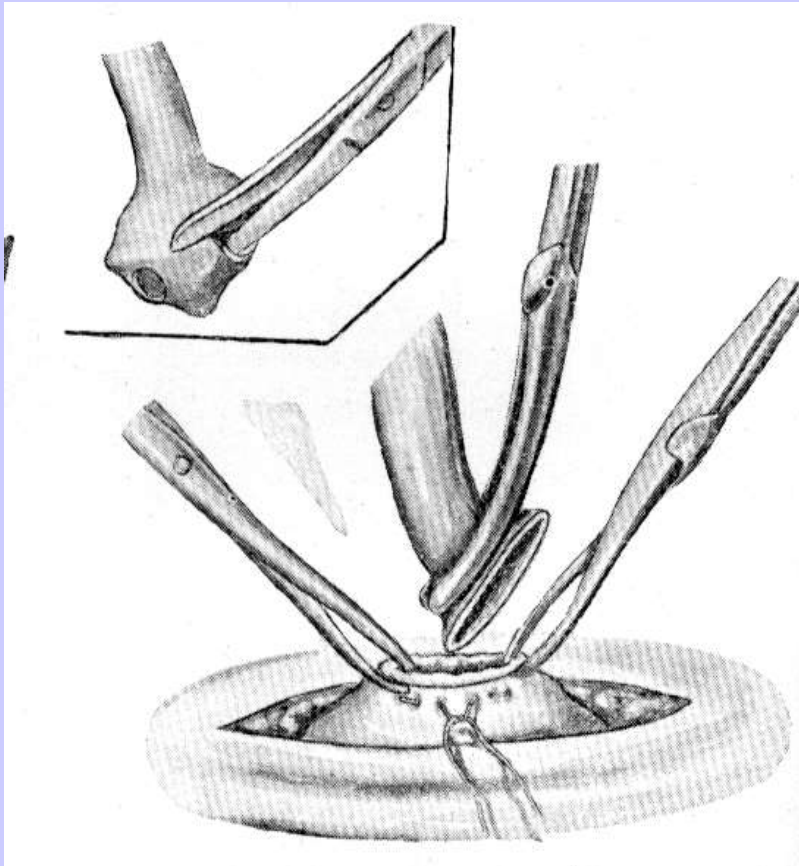
Traitement



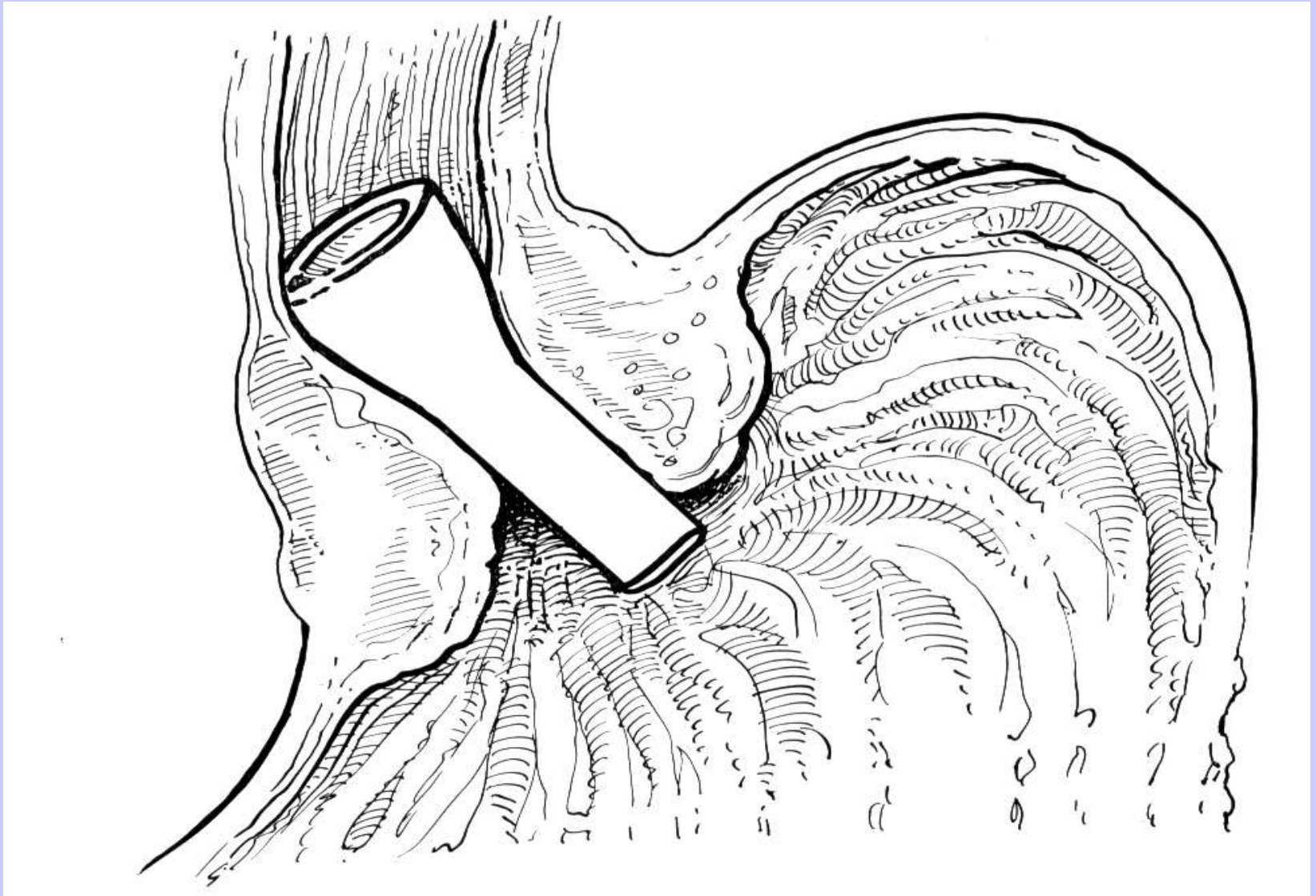
Traitement

- Palliatif:
 - Gastrostomie
 - Prothèse endocavitaire (dans la région cardiale)
 - Résection palliative
 - Gastrojéjunostomie

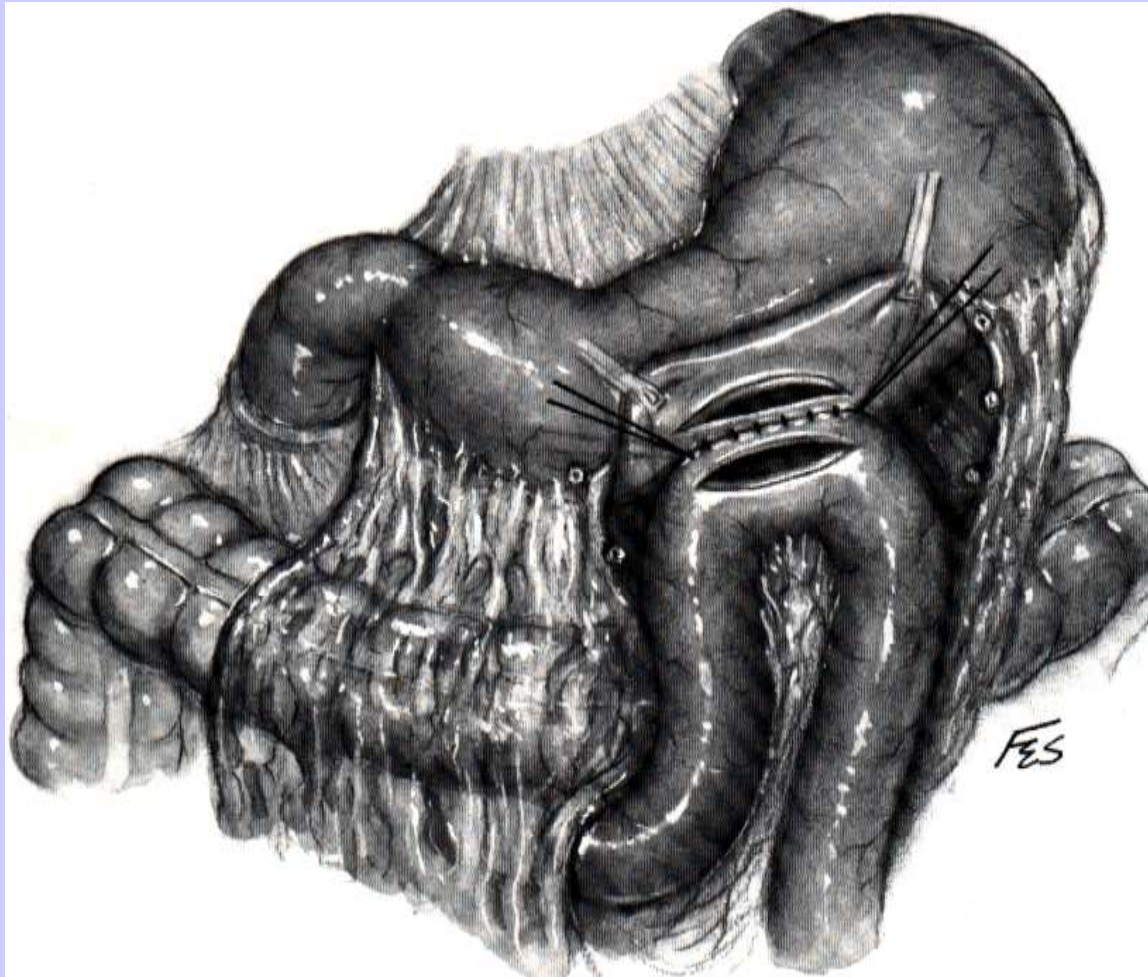
Traitement



Traitement



Traitement



Critères de non résécabilité

Critères préopératoires

Tumeur volumineuse > 7cm

Envahissement des structures adjacentes

Extension ganglionnaire cœliaque ou hépatique

Métastases à distance

Critères peropératoires

Extension loco-régionale (pancréas, aorte, ganglions cœliaques ou du pédicule hépatique)

Métastase à distance

Carcinose péritonéale

- Le curage des ganglions juxta-gastriques est dénommé D1.
- Le curage emportant les ganglions péri-gastriques est appelé D2.
- En cas de spléno-pancréatectomie associée il s'agit d'un curage D3

Dans tous les cas pour être valable et interprétable un curage doit emporter au moins 15 ganglions.

RESULTATS

Globalement la survie à 5 ans après une chirurgie curative est de:

40 % pour l'adénocarc. de l'estomac distal

20 % pour l'adénocarcinome du cardia et de

10 % dans le cas particulier des limites.

En l'absence de chirurgie carcinologique curative la survie est de 0 % à 5 ans.