

**GASTRO-  
ENTERO**

GOOD SCIENCE  
BETTER MEDICINE  
BEST PRACTICE

UNIVERSITÉ DE BATNA

**#Avant\_d'etre\_Médecin\_Soyons\_d'abord\_Humain#**

**CANCER DE L'ESTOMAC**

**DR. S. AYACHI**

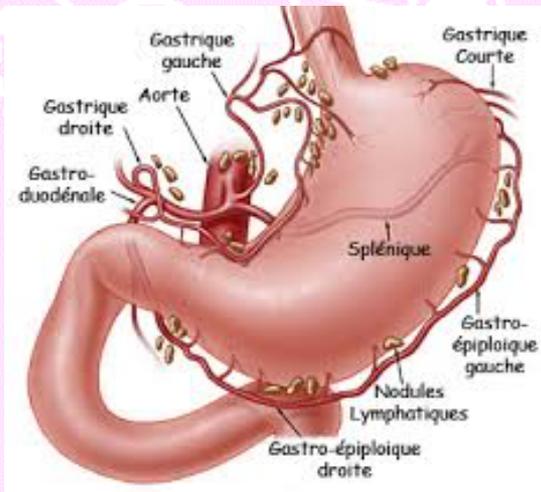
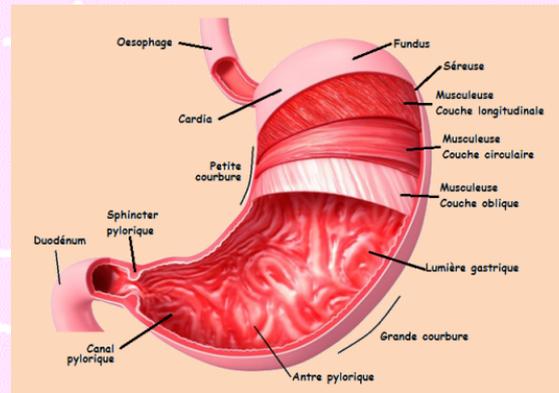
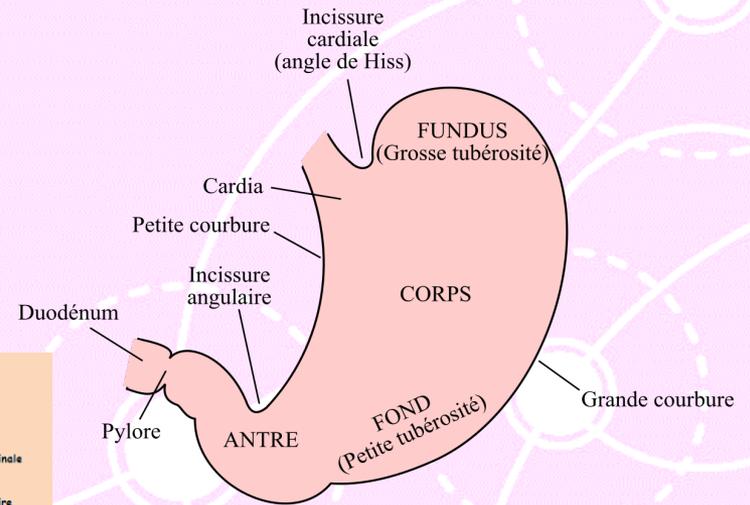
# PLAN

- ◉ INTRODUCTION
- ◉ RAPPEL ANATOMIC
- ◉ EPIDEMIOLOGIE
- ◉ ANAPATH
- ◉ DIAGNOSTIC
- ◉ TAITEMENT
- ◉ CONCLUSION

# INTRODUCTION

- ⊙ Représente 5% des Kc
- ⊙ l'incidence connaît un déclin mais reste encore fréquent (un million de personne /an) et grave (2ème cause de mortalité par cancer) dans le monde.
- ⊙ Helicobacter pylori qui favorise la gastrite chronique est trouvé dans 84% des Kc gastrique
- ⊙ 90% adénocarcinome
- ⊙ Traitement essentiellement chirurgical
- ⊙ Pc sombre: survie à 5 ans 15%

# RAPPEL ANATOMIC



#Avant\_d'etre\_Médecin\_Soyons\_d'abord\_Humain#

GASTRO-  
ENTERO

GOOD SCIENCE  
BETTER MEDICINE  
BEST PRACTICE

# EPIDEMIOLOGIE

- ◉ Incidence:
  - Dans le monde : repartition en 3 zones
  - En Algérie:  $4.8/10^5$  hab/ an, 5<sup>eme</sup> position chez les 2 sexe
- ◉ Mortalité: 2<sup>eme</sup> cause de mortalité par Kc
- ◉ Age: rare avant 50 ans, risque élevé a partir de cet age
- ◉ Sexe ratio: 2/1 prédominance masculine

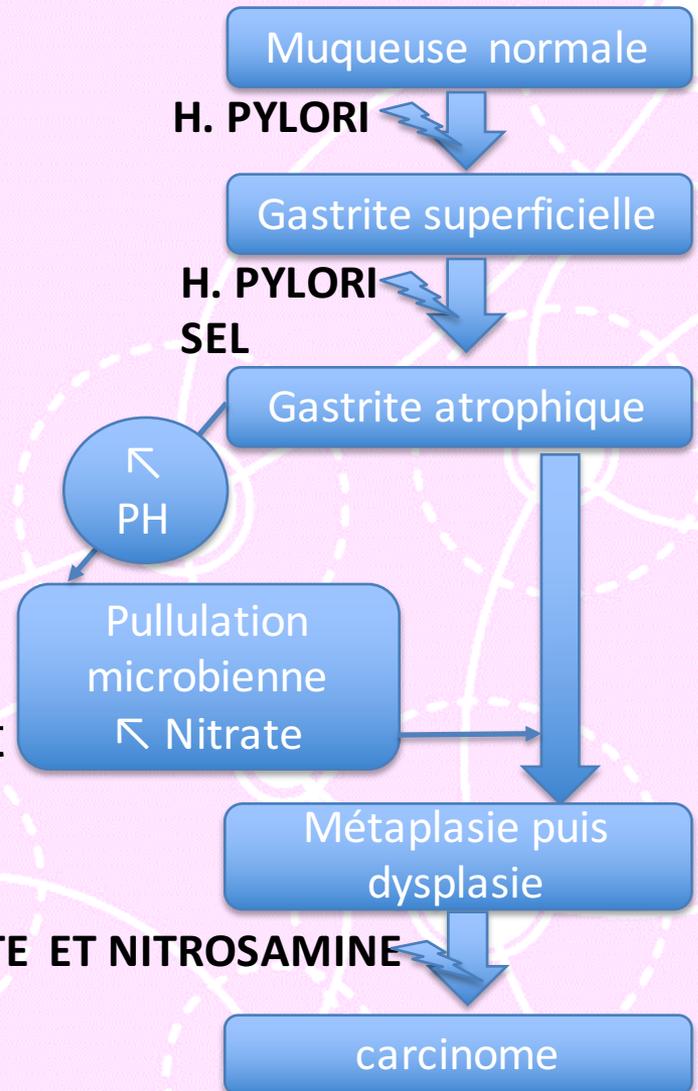
# EPIDEMIOLOGIE

- Role de l'helicobacter pylori:

Bacille Gram négatif à transmission oro-fécale, reconnu par l'OMS en 1994 comme facteur étiologique du cancer gastrique. La prévalence de l'infection est de 30%.

La gastrite induite par H. pylori, peut évoluer dans 10% vers la gastrite chronique atrophique. Dans 1% des cas cette gastrite évolue vers la métaplasie puis la dysplasie et le cancer.

L'infection à H. pylori n'est pas suffisante à elle seule pour induire un cancer, mais elle intervient à un stade précoce de la cancérogenèse, associée à d'autres facteurs de risque.



# EPIDEMIOLOGIE

- Lésion précancéreuse:
- Gastrite atrophique
- Gastrite auto immune: Maladie de Biermer Risque multiplié par 2 à 3
- Polype gastrique
- Gastrite de menetrier
- Ulcère gastrique
- Moignon de gastrectomie multiplié par 15 après 15 ans

# EPIDEMIOLOGIE

## ⊙ Alimentation:

- Sel ++++
  - Viande rouge
  - Conserves
- } Nitrosamine

- Alimentation riche en fibres et laitage ↘ risque

## ⊙ Tabac

# EPIDEMIOLOGIE

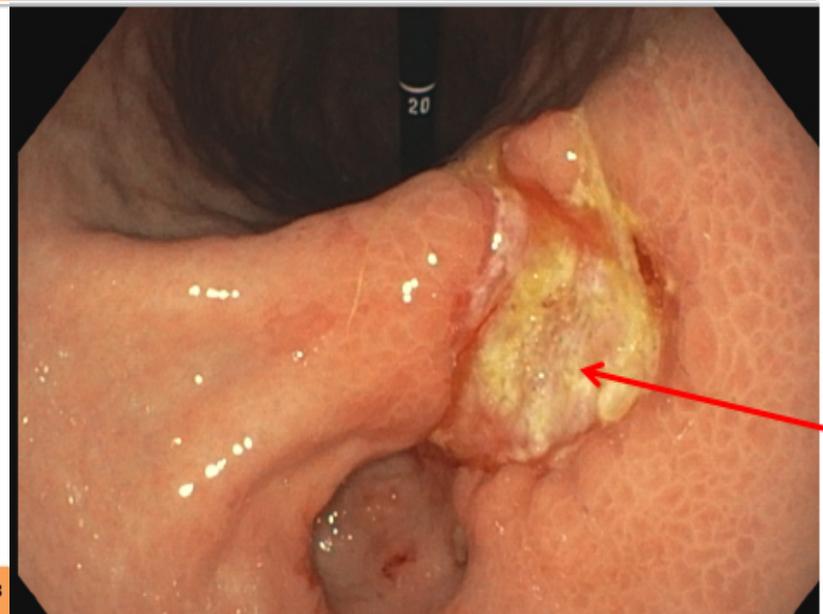
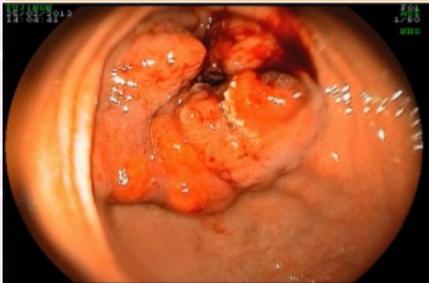
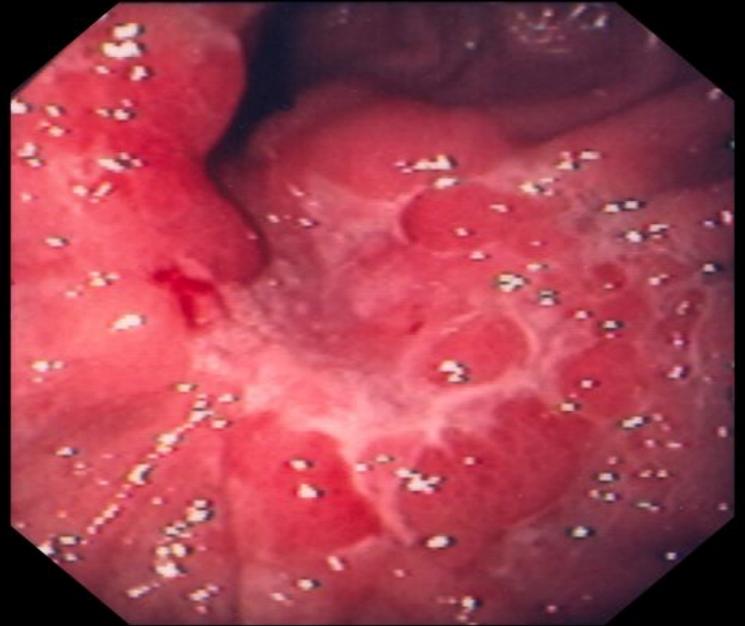
- Prédisposition familiale: 1 à 3% des cancers gastriques.
- Critères Dgc:
  - Kc gastrique chez apparentés 1er degré du patient
  - Au moins 2 cas chez des apparentés 1er ou 2ème degré, dont un avant 50 ans.
  - 3 cas chez des apparentés 1er ou 2ème degré quel que soit l'âge.
- 3 grand groupe syndromatique: HNPCC, PAF et mutation du gène de la E-Cadherine
- Survenue avant 40 ans justifie consultation d'oncogénétique.

# ANAPATH (macroscopie)

- ⊙ Formes superficielles:
  - Type I : surélevé polypoïde
  - Type II : élevé, plat, déprimé
  - Type III : ulcéré avec cancer sur les berges
- ⊙ Formes invasives évoluées:
  - Forme végétante: petit nodule V<sup>3</sup> bourgon
  - Formes ulcérées: soit ulcère banal soit ulcère reposant sur un socle
  - Formes infiltrantes: la „linite gastrique“ (sans expansion à l'insufflation).
  - Formes mixte „ulcéro-bourgoennante“: *Aspect dit en lobe d'oreille.*



**Cancer gastrique**



**Can**

# ANAPATH (microscopie)

- ⊙ **Le type intestinal** représente 90% des cas, avec stroma dysmoplastique ou les cellules cancéreuses peuvent s'agencer en tubes, papilles, cordons réalisant selon le cas
  - Adénocarcinome bien différencié
  - Adénocarcinome moyennement différencié
- ⊙ **Le type diffus** : stroma néoformé extensif isolant les cellules ou des amas faits de quelques cellules, parfois le cytoplasme clair refoule le noyau en périphérie :  
Cellules en bague à chaton

# Extension:

- ◉ **Loco-régionale:** surtout longitudinale à travers les tuniques puis perforation et atteinte des organes de voisinage, et superficielle
- ◉ **Extension lymphatique:** ggs périgastriques puis ggs chaînes vasculaires puis à distance gg de Troisier.
- ◉ **Extension métastatique:**
  - **Extension péritonéale:** Carcinose péritonéale, métastases ovariennes.
  - **Extension hématogène :** métastases hépatiques, pulmonaires ...

# Classification TNM:

T	Tis	<i>Tumeur intra-épithéliale sans invasion de la lamina propria</i>
	T1	<i>Envahissement du chorion ou de la sous muqueuse</i>
	T1a	<i>Chorion</i>
	T1b	<i>Sous muqueuse</i>
T2	<i>Envahissement de la musculuse</i>	
T3	<i>Envahissement de la sous-séreuse (y compris les épiplons)</i>	
T4a	<i>Perforation de la séreuse</i>	
T4b	<i>Atteinte des structures adjacentes (rate, foie, colon, diaphragme, pancréas...)</i>	
N	N0	<i>pas d'envahissement ganglionnaire</i>
	N1	<i>1 à 2 ganglions envahis</i>
	N2	<i>3 à 6 ganglions envahis</i>
	N3a	<i>7 à 15 ganglions envahis</i>
	N3b	<i>16 ganglions ou plus</i>
M	M0	<i>Pas de métastase</i>
	M1	<i>Métastase à distance (dont ganglions rétro-pancréatiques, mésentériques, para-aortiques, sus-claviculaires)</i>

# Diagnostic positif

- ⊙ TDD: ADK chez un homme de 60 ans
- ⊙ CDD:
  - Signes digestifs:
    - **syndromes douloureux:** dlr epigastrique (banal crampes ou brulures → syndrome ulcereux typique)
    - **Dyspepsie :** avec eructation pyrosis et ballonnement post prandiale
    - **Hemorragie digestif :** hematemese et melena
    - **Dysphagie** (envahissement cardial) **vomissements** (envahissement pylorique) => **signes de stenose**
  - Signes extra-digestifs:
    - Anemie
    - Signes generaux (AEG, asthenie, amaigrissement)
    - Metastases revelatrices
    - Syndrome paraneoplasique

# Diagnostic positif

- TDD: ADK chez un homme de 60 ans
- CDD:
  - Signes digestifs:
    - **syndromes douloureux:** douleurs épigastriques (ulcères, ulcères duodinaux, ulcères duodinaux → syndrome ulcéreux typique)
    - **Dyspepsie :** avec éructations, flatulences, brûlures → syndrome ulcéreux atypique
    - **Hémorragie digestive**
    - **Dysphagie** (obstruction, tumeur) (envahissement pylorique) => syndrome ulcéreux atypique
    - **signes d'alarme**
  - Signes généraux:
    - Anémie
    - Signes généraux (fièvre, anémie, amaigrissement)
    - Métastases récurrentes
    - Syndrome paraneoplasique

**Fibroscopie**

# Diagnostic positif

- ⦿ Examen physique: souvent négatif mais peut objectiver une masse épigastrique palpable, une AEG. Il participe surtout à l'évaluation de l'extension tumorale et l'appréciation du terrain et le retentissement nutritionnel.

# DIAGNOSTIC DE CERTITUDE

- ⊙ **Fibroskopie oesogastroduodenale:** c'est un examen clé qui permet de :
  - Localiser la Tm
  - Decrire son aspect et sa taille
  - Realiser des biopsies (aux moins 8) qui portent sur la tumeur et sur l'estomac non tumorale (toute anomalie muqueuse de couleur ou relief doit être biopsiée).
- ⊙ **Etude anapath de la biopsie:** c'est l'examen de certitude Dgc qui permet de:
  - Préciser Le type histologique et son degré de différenciation.
  - Rechercher une Hypexpression de HER2 en immuno histochimie.

# BILAN D'EXTENSION:

- ⊙ doit être de qualité et le plus précis possible pour non seulement évaluer la résecabilité tumorale mais surtout prédire la résection R0
- ⊙ **TDM thoraco-abdomino-pelvienn**e: recherche de meta hépatique pulmonaire ou ovarienne (syndrome de Krukenberg)
- ⊙ **Echo-endoscopie**: pour les Tm superficielles, permet de préciser l'extension trans-pariétale et ganglionnaire

# TRAITEMENT

- ◉ Strategie thérapeutique planifier en **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)+++**
- ◉ Armes thérapeutiques: chirurgie(+++), chimiothérapie, radiothérapie, thérapie ciblée
- ◉ But:
  1. Devant forme localisée= guerrison
  2. Devant forme localement étendue et métastatique: prolonger la survie et améliorer la qualité de vie

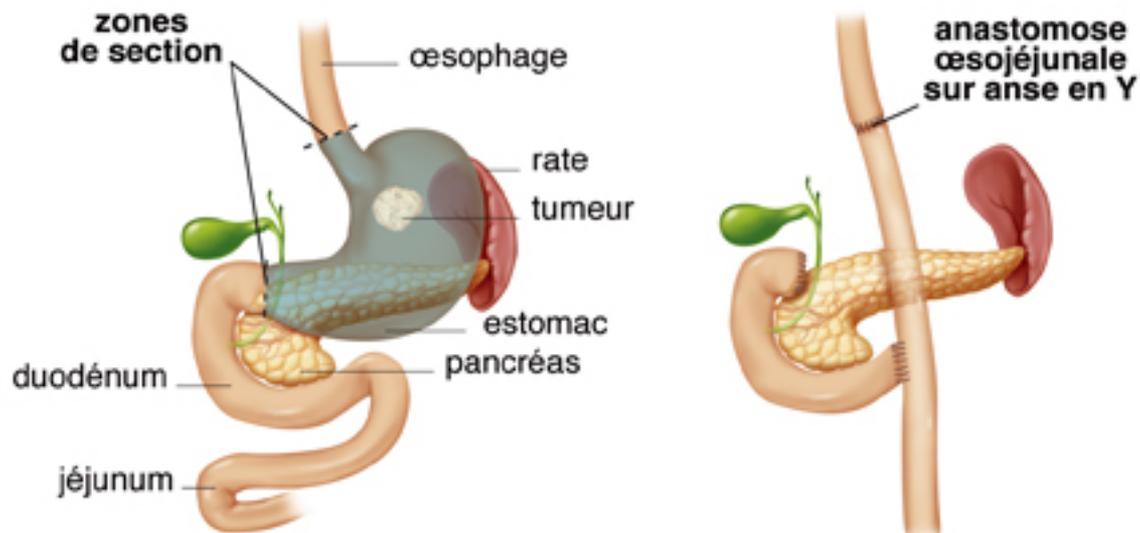
# Chirurgie:

- ⦿ Chirurgie curative: en monobloc + marges de résections saines (vérifiées en anapath)
- ⦿ Une gastrectomie « partielle ou totale » élargie parfois de « principe ou de nécessité » aux organes adjacents (œsophage abdominal, foie gauche, rate, colon transverse).
- ⦿ Un curage ganglionnaire (D1, D1.5 et D2)
- ⦿ Rétablissement de la continuité digestive

## Gastrectomie totale avec anastomose œsojéjunale

Avant  
gastrectomie totale

Rétablissement de continuité  
après gastrectomie totale



# Chimiothérapie:

- ⊙ Protocols : polychimio a base d'épirubicine, 5FU et cisplatine
- ⊙ Modalités:
  1. Néo-adjuvante: avant chirurgie permet d'améliorer la resecabilité.
  2. Adjuvante: après chirurgie => guérison.
  3. Palliative: prolonger la survie.

# Thérapie ciblée:

- ⦿ Trastuzumab: anti HER2 qui permet d'augmenter la survie.
- ⦿ Ramucirumab: anti VEGF

# RADIOTHERAPIE:

- ⦿ Elle a peu de place dans le cancer gastrique
- ⦿ Indiqué en cas de chirurgie non carcinologique
- ⦿ Toxicité importante ++++

# Indication thérapeutique:

- ⦿ Formes localisés: chimiothérapie péri-opératoire
- ⦿ Formes localement avancés: chimiothérapie néoadjuvante
- ⦿ Formes métastatiques: chimiothérapie palliatif

# Conclusion:

- ⊙ Les tumeurs gastriques sont dominées par l'adénocarcinome dont la prise en charge est pluridisciplinaire.
- ⊙ Cette prise en charge qui doit être optimale est basée sur une résection chirurgicale R0 qui doit répondre aux normes de qualité.
- ⊙ Les thérapeutiques médicales sont efficaces en cas de mauvais pronostic sous réserve d'en mesurer la faisabilité individuelle.

**Merci por votre attention**

