INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE CANCEROLOGIE CHIRURGIE-DIGESTIVE

Tumeurs de l'estomac

I-10-150

Dr Laure LAMARE
Interne des Hôpitaux de Paris

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Tumeurs de l'estomac

Objectifs :

– Diagnostiquer une tumeur de l'estomac.

A/ Épidémiologie

- Le cancer de l'estomac représente 5 % de tous les cancers. Il se situe au quatrième rang des cancers.
- L'incidence du cancer gastrique, estimée à 11 000 en France, varie considérablement à travers le monde.
- La fréquence des cancers de l'estomac diminue dans les pays occidentaux.
- Le cancer de l'estomac est rare avant 50 ans ; son incidence est maximale entre 50 et 70 ans.
- Il existe une nette prédominance masculine : le sex-ratio (H/F) est de 2/1.

B/ Facteurs favorisants

- Conditions précancéreuses :
  - Gastrite chronique atrophique, le plus souvent liée à *Helicobacter pylori*, parfois maladie de Biermer.
  - Ulcère chronique de l'estomac.
  - Moignon de gastrectomie.
  - Maladie de Ménétrier.
  - Polypes adénomateux gastriques.
- Dans toutes ces conditions précancéreuses, une dysplasie sévère précède et accompagne généralement le cancer. Il s'agit alors d'une lésion précancéreuse.
- *Helicobacter pylori (HP) :*
  - HP favorise le cancer gastrique par la gastrite chronique qu'il induit.
  - HP est retrouvé dans 84 % des cas de cancer gastrique.
- Alimentation :
  - Une alimentation riche en viandes, poissons, féculents favorise la survenue du cancer gastrique, de même que les aliments grillés ou fumés.
  - Une alimentation riche en fibres, en laitages diminue ce risque.
  - Les nitrites favorisent probablement la survenue du cancer de l'estomac.

C/ Anatomie pathologique

1. Siège du cancer gastrique

- Antre = 50 %.
- Corps = 20 %.
- Cardia = 20 % (la fréquence des formes cardiales semble en augmentation).
- Formes diffuses = 10 %.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Macroscopie

- Parmi les cancers invasifs, on distingue :
  - La forme végétante : masse souvent ulcérée à son sommet.
  - La forme ulcéro-végétante et infiltrante : vaste ulcération entourée d'un bourrelet dur et irrégulier.
  - La linite : il s'agit d'une forme particulière d'adénocarcinome avec infiltration massive et circonférentielle de la paroi par une sclérose inflammatoire contenant des cellules en bague à chaton. L'extension lymphatique et métastatique est rapide, le pronostic est mauvais.
- Cancer superficiel : atteinte limitée à la muqueuse et à la sous-muqueuse, d'excellent pronostic (90 % de survie à 5 ans).
- Cancer associé à un ulcère chronique gastrique : l'aspect du cancer peut être celui d'un ulcère chronique bénin (d'où l'intérêt des biopsies et du contrôle de la cicatrisation de tout ulcère gastrique).

3. Histologie

- Le cancer gastrique est un carcinome.
- Il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome (puisqu'il reproduit l'aspect des structures glandulaires de la muqueuse gastrique).
- L'extension ganglionnaire se fait de proche en proche le long des pédicules vasculaires de l'estomac, avec envahissement des ganglions proximaux (juxta-tumoraux), puis des ganglions distaux (situés à l'origine des pédicules).
- Classification histopathologique (TNM) du cancer gastrique :
  - Elle permet d'établir un pronostic.
  - Elle peut être fondée sur les examens pré-opératoires.
  - Lorsqu'elle est fondée sur les données post-opératoires, la lettre p (pathology) est ajoutée :
    - **pT ; profondeur de l'atteinte :**
      - pT1 : muqueuse et sous-muqueuse.
      - pT2 : musculeuse.
      - pT3 : séreuse.
      - pT4 : séreuse dépassée, envahissement des structures adjacentes.
    - **pN ; envahissement ganglionnaire :**
      - pN0 : ganglions indemnes.
      - pN1 : 1 à 6 ganglions métastatiques.
      - pN2 : 7 à 15 ganglions métastatiques.
      - pN3 : > 15 ganglions métastatiques.
    - **M. ; métastases :**
      - M0 : pas de métastase à distance.
      - M1 : métastase à distance.

N.B. : l'examen d'au moins 15 ganglions est nécessaire à l'évaluation correcte du statut ganglionnaire.

4. Les lymphomes gastriques

- Ils représentent 3 % des tumeurs malignes gastriques.
- Ce sont des lymphomes gastriques du MALT *(mucosa associated lymphoid tissue)*, ils peuvent être à petites cellules de bas grade de malignité ou à grandes cellules de haut grade de malignité.
- La séquence de développement est la suivante : colonisation de la muqueuse par HP, réaction inflammatoire, formation de nodules lymphoïdes, développement d'un clone cellulaire.
- Dans les lymphomes de bas grade, l'éradication HP peut faire régresser le processus tumoral.
- Dans les lymphomes de haut grade, l'éradication HP ne suffit pas à le faire régresser, le traitement n'est pas clairement établi : chimiothérapie associée à une chirurgie et/ou une radiothérapie.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

D/ DIAGNOSTIC

1. Signes cliniques

a) Signes révélateurs

– Anorexie, altération de l'état général (asthénie, amaigrissement).
– Douleurs épigastriques : syndrome ulcéreux typique ou non.
– Dyspepsie, nausées.
– Vomissements (sténose antropylorique).
– Dysphagie (cancer du cardia).
– Hémorragie digestive, perforation (rare).
– Syndrome paranéoplasique : thrombophlébite migratrice, acanthosis nigricans, neuromyopathie, dermatomyosite.

b) Examen physique

– Il est le plus souvent normal.
– Il recherche :
  * Une masse épigastrique.
  * Une ascite.
  * Une hépatomégalie nodulaire.
  * Des nodules dans le cul-de-sac de Douglas (TR).
  * Un ganglion de Troisier.
– Il apprécie l'état nutritionnel.

2. Diagnostic positif

- Gastroscopie avec biopsies multiples (au moins 10).
- Elle permet :
  – La localisation de la tumeur, l'évaluation de sa taille (distance par rapport au cardia et au pylore).
  – La réalisation de nombreuses biopsies (au moins 10) sur les berges de l'ulcération.
- Le diagnostic de certitude est apporté par l'analyse histologique des biopsies.

3. Bilan d'extension

- Outre l'examen clinique, il comporte :
  – Un bilan hépatique (ALAT, gGT, PAL).
  – Le dosage de l'ACE, du CA 19-9.
  – Une échographie hépatique.
  – Une radio de thorax.
- En l'absence de métastases, le bilan sera complété par un scanner abdominal si la tumeur est volumineuse en endoscopie.
- En cas de linite, le diagnostic peut être difficile, car la muqueuse est fréquemment respectée ; l'échoendoscopie est alors utile, ainsi que le TOGD qui montre un aspect figé et rétréci de l'estomac.
- Bilan d'opérabilité : état nutritionnel, fonctions respiratoires, état cardiaque.

4. Diagnostic différentiel

- Avec les autres tumeurs gastriques :
  – Bénignes : léiomyome, adénome, schwannomes.
  – Malignes : lymphomes, beaucoup plus rarement carcinoïdes, léiomyosarcome.
- Avec la métastase gastrique d'un carcinome de même type histologique ou l'extension d'un carcinome de voisinage (pancréas, côlon).
- Un cancer gastrique peut se présenter comme un ulcère gastrique d'aspect bénin.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

E/ PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Seul le traitement chirurgical offre une chance de guérison dans le cancer de l'estomac. Cependant, les récidives après une exérèse complète sont fréquentes.
- L'importance de l'exérèse est fonction du siège et de l'étendue de la tumeur ainsi que des résultats de l'étude histologique des ganglions (examen extemporané).

1. Interventions à visée curative

- Gastrectomie des 2/3 (ou 4/5) :
  - Exérèse de D1, des 2/3 (ou 4/5) inférieurs de l'estomac, curage ganglionnaire.
  - La continuité digestive peut être rétablie :
    - * Avec le duodénum : **anastomose gastroduodénale (Billroth I** ou Péan).
    - * Avec le jéjunum : fermeture du moignon duodénal et anastomose gastro-jéjunale (Billroth II, type Finsterer ou Polya).
  - Elle est réalisée pour les tumeurs antrales.
- **Gastrectomie totale :**
  - Exérèse de D1 et de l'ensemble de l'estomac, curage ganglionnaire.
  - La gastrectomie totale est parfois élargie à la rate et à la queue du pancréas.
  - Anse en Y avec anastomose œso-jéjunale (termino-latérale).
  - Elle est réalisée pour les tumeurs médio-gastriques.
- Œsogastrectomie totale avec plastie colique de l'œsophage :
  - Elle peut être réalisée pour les tumeurs du cardia.
- Œsogastrectomie polaire supérieure :
  - Exérèse de la partie basse de l'œsophage abdominale, de la partie supérieure de l'estomac et curage.

2. Interventions palliatives

- **Exérèses incomplètes** pour éviter les sténoses ou en cas d'hémorragie.
- **Dérivations** pour les tumeurs inextirpables : gastro-jéjunostomies.
- **Jéjunostomie** pour permettre l'alimentation.

3. Indications thérapeutiques

- Elles sont fonction du bilan général (notamment d'opérabilité) et du bilan d'extension pré- et peropératoire.
- Une exérèse à visée curative est tentée chaque fois que la tumeur est extirpable et en l'absence de métastase à distance (notamment hépatique).
- Les interventions palliatives ont pour but de soigner une complication et d'améliorer la qualité de vie de patients dont la survie sera courte.
- Des procédés palliatifs non chirurgicaux (laser ou prothèses transtumorales) peuvent être utilisés pour les cancers du cardia.
- Une association par chimioradiothérapie est réalisée dans les cancers T3 et/ou N+M0, ou en cas de résection complète R1 ou R2.

4. Complications postopératoires

- La mortalité postopératoire après exérèse à visée curative varie de 5 à 10 %. Le risque est plus élevé pour les gastrectomies totales que pour les gastrectomies partielles.
- Syndromes postprandiaux :
  - Syndrome du petit estomac :
    - * Plénitude gastrique, douleurs épigastriques et ballonnement aussitôt après les repas. Il cède en fractionnant les apports.
  - Dumping syndrome :
    - * Se présente par une triade symptomatique :
      - ▪ Signes généraux (asthénie majeure, somnolence, angoisse) entraînant un décubitus.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Troubles vasomoteurs (sueurs, tachycardie, pâleur, labilité tensionnelle).
- Troubles digestifs (plénitude gastrique, ballonnement, polyurie et/ou diarrhée en fin de crise).

Ces symptômes surviennent 15 minutes après le repas et durent 20 à 40 minutes. Ils résultent de l'inondation brutale du grêle par les aliments hyperosmolaires.

– Syndrome de stase gastrique :
  * Concerne la vidange gastrique des solides.
– Syndrome de l'anse afférente :
  * S'observe après une intervention de type Billroth II,
  * Lié à une obstruction incomplète de l'anse afférente, avec stase postprandiale des sécrétions bilio-pancréatiques,

⋆ Responsable de douleurs précoces et de vomissements tardifs.

- Diarrhées hydriques : s'observent dans 5 à 20 % des cas. La cause la plus fréquente est la vagotomie tronculaire ; peuvent également être en cause : la pullulation microbienne, le déficit en lactase.
- Malabsorption :
  – Surtout après gastrectomie totale.
  – Intéresse un nombre variable de nutriments (stéatorrhée fréquente).
  – Carence en vitamine B12 après gastrectomie totale, liée à l'absence de facteur intrinsèque.
- Lésions muqueuses :
  – Gastrite du moignon,
  – Œsophagite (par reflux alcalin),
  – Cancer du moignon gastrique : survient tardivement (> 15 ans).
- Retentissement pondéral lié surtout à la diminution des ingesta.
- Troubles hématologiques :
  – Anémie ferriprive assez fréquente.
  – Carences en B12, parfois en folates.
- Troubles osseux : ostéomalacie, ostéoporose.
- Hypoglycémie postprandiale tardive due à un excès d'apport en glucides d'absorption rapide.
- Ulcère anastomotique

F/ Évolution postopératoire

- La survie globale à 5 ans, après une résection chirurgicale curative, est de 35 à 40 %.
- Modalités de la surveillance :
  – Intérêt après exérèse curative,
  – Surveillance clinique tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois,
  – Avec NFS, bilan hépatique (ALAT, γGT, PAL).
  – Échographie hépatique tous les 6 mois pendant 5 ans et radiographie de thorax annuelle pendant 5 ans.
  – Une fibroscopie haute sera pratiquée une fois par an.
- La survie après exérèse curative dépend du degré d'extension et de la dissémination de la tumeur (TNM) :
  – T1 : 80 à 90 % à 5 ans,
  – T2 : 35 % à 5 ans,
  – T3-T4 : < 10 % à 5 ans.
- L'envahissement ganglionnaire est lié à la profondeur de l'atteinte pariétale. Le pronostic est meilleur pour les stades pN0, mauvais pour les stades pN2.
- Si gastrectomie totale : vitamine B12 1 mg IM tous les 3 mois. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

POINTS FORTS

- Le cancer de l'estomac représente 5 % de tous les cancers. Il se situe au quatrième rang des cancers.
- Helicobacter pylori (HP) favorise le cancer gastrique par la gastrite chronique qu'il induit. HP est retrouvé dans 84 % des cas de cancer gastrique.
- Un cancer gastrique peut se présenter comme un ulcère gastrique d'aspect bénin.
- Le cancer gastrique est le plus souvent un adénocarcinome.
- Le diagnostic repose sur la gastroscopie avec biopsies. Le diagnostic de certitude est apporté par l'analyse histologique des biopsies.
- Seul le traitement chirurgical offre une chance de guérison dans le cancer de l'estomac. Cependant, les récidives après une exérèse complète sont fréquentes.
- Une exérèse à visée curative est tentée chaque fois que la tumeur est extirpable et en l'absence de métastase à distance (notamment hépatique).
- L'importance de l'exérèse est fonction du siège et de l'étendue de la tumeur. Une gastrectomie des 2/3 (ou 4/5) est réalisée pour les tumeurs antrales ; une gastrectomie totale est réalisée pour les tumeurs médio-gastriques.
- Les interventions palliatives ont pour but de soigner une complication et d'améliorer la qualité de vie de patients dont la survie sera courte.
- Les lymphomes gastriques du MALT sont liés à l'infection par HP ; en cas de lymphome de bas grade, l'éradication d' HP peut faire régresser le processus tumoral.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier