

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique  
Faculté de médecine de Constantine  
Université 3 Constantine  
Hôpital militaire régional universitaire de Constantine  
Cours destiné aux externes  
Module de gastro-entérologie  
Année 2018-2019

# *Cancer de l'estomac*

*Enseignant : Pr KHAZRI*

## **Introduction :**

Au niveau mondial, le cancer gastrique est le 4<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent chez l'homme, le 5<sup>ème</sup> chez la femme, et la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer chez l'homme, la 5<sup>ème</sup> chez la femme.

On peut définir le cancer de l'estomac comme l'ensemble des tumeurs malignes développées au dépend des tissus de la paroi gastrique.

L'adénocarcinome représente la forme histologique la plus fréquente (90%).

Bien que son incidence a diminué, il reste encore un problème majeur en cancérologie.

Le traitement curatif est la chirurgie. Le pronostic reste globalement mauvais.

## **Epidémiologie :**

### 1/ Fréquence :

La fréquence du cancer gastrique est variable selon la répartition géographique ; elle est plus élevée au Japon, suivi de la Chine, l'Amérique du sud, l'Europe de l'est et du sud notamment le Portugal.

### 2/ Age et sexe :

Il est rare avant 40 ans pour les deux sexes ; l'âge moyen du diagnostic est de 70 ans pour l'homme et 75 ans chez la femme.

Le sexe ratio est de 2/1, à prédominance masculine.

### 3/ Siège :

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

## **Etiopathogénie :**

Certains facteurs semblent favoriser le cancer gastrique. On parle alors de facteurs favorisant sa survenue ; parmi ces facteurs, on distingue :

### 1/ les conditions pré-cancéreuses :

1-1/ la gastrite chronique : son étiologie est inconnue, plurifactorielle, et aboutit à une atrophie complète des glandes.

1-2/ l'ulcère gastrique : le risque de cancer est accru en présence d'un ulcère gastrique d'évolution chronique.

1-3/ les polypes gastriques : les polypes adénomateux ont un fort potentiel de malignité, et se développent très fréquemment sur une gastrite atrophique.

1-4/ gastrectomie partielle pour lésions bénignes : il existe une augmentation du risque de cancer sur moignon après plusieurs années d'évolution (plus de 15 ans).

1-5/ maladie de Ménétrier : se caractérise par un épaissement considérable de la muqueuse gastrique.

1-6/ maladie de Biermer : elle s'accompagne d'une gastrite chronique atrophique reconnue comme condition pré-cancéreuse.

2/ les lésions pré-cancéreuses :

La dysplasie et la métaplasie intestinale font le lit du cancer, d'où la nécessité de réaliser des biopsies systématiques à l'endoscopie en leur présence.

3/ les facteurs environnementaux :

3-1/ facteurs irritants :

3-1-1/ rôle du sel : la consommation de sel est plus élevée dans les zones à haut risque que dans les zones à faible risque.

3-1-2/ l'hélicobacter pylori : il est maintenant clair que l'hélicobacter pylori peut être responsable d'une gastrite aigue superficielle. Le risque de cancer en cas d'infection est estimé à 6 fois plus que dans la population non infectée.

3-1-3/ nitrates, nitrites et dérivés nitrosés : les nitrates et les nitrites deviennent cancérigènes de par leur transformation possible en nitrosamines qui sont eux cancérigènes.

3-2/ les facteurs protecteurs :

Le rôle protecteur est attribué aux fruits et légumes frais, riches en vitamine C et E.

## Anatomopathologie :

### 1/ Macroscopie :

Les aspects macroscopiques sont au nombre de 4 :

- Tumeurs bourgeonnantes ou végétantes
- Tumeurs infiltrantes
- Tumeurs ulcérées ou ulcérimiformes
- Tumeurs ulcéro-bourgeonnantes

60% des tumeurs sont localisées à l'antre, 20% sont réparties entre la grande courbure et le cardia, et 20% pour la petite courbure verticale.

### 2/ Microscopie :

Adénocarcinome : 90%

Tumeurs carcinoides : 5%

Autres (5%) : lymphomes, lymphosarcomes, fibrosarcomes, liposarcomes

### 3/ Classification histologique :

#### 3-1/ classification de l'OMS :

Adénocarcinome : papillaire, tubulé ou tubulo-papillaire

Mucineux (colloïde muqueux)

A cellules en bague à chaton ( linite)

Carcinome indifférencié

Autres tumeurs malignes rares

Tumeurs non classées

#### 3-1/ classification TNM :

Actuellement la plus utilisée :

**T : tumeur primitive**

Tx : renseignements insuffisants pour classer la tumeur

T0 : pas de signe de tumeur primitive

Tis : carcinome in-situ (intra-épithéliale sans invasion de la muqueuse)

T1 : tumeur envahissant la muqueuse ou s/muqueuse

T2 : tumeur envahissant la musculuse ou la s/séreuse

T3 : tumeur envahissant la séreuse sans envahir des structures adjacentes

T4 : tumeur envahissant les structures adjacentes

### **N : adénopathies régionales**

Nx : renseignements insuffisants pour classer les ADP

N0 : pas de signes d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N1 : envahissement de 1 à 6 ganglions régionaux

N2 : envahissement de 7 à 15 ganglions régionaux

N3 : envahissement de plus de 15 ganglions régionaux

### **M : métastases à distance**

Mx : renseignements insuffisants

M0 : pas de métastases

M1 : présence de métastases

## **Clinique :**

### 1/ Manifestations cliniques :

- Anorexie
- Altération de l'état général
- Douleurs épigastriques pouvant réaliser un syndrome ulcéreux
- Syndrome dyspeptique avec pesanteur épigastrique et nausées
- Complications : hémorragie digestive patente ou occulte
- Vomissements (sténose)
- Dysphagie (cardia)
- Thrombophlébite récidivante

## 2/ Examen clinique :

Il est souvent normal ; les signes physiques lorsqu'ils sont présents correspondent à un stade avancé, et ils sont parfois révélateurs :

- Masse épigastrique palpable
- Hépatomégalie tumorale
- Ascite néoplasique
- Masse dans le CDS de Douglas
- Ganglion de Troisier

## 3/ Examens complémentaires :

L'endoscopie digestive haute avec biopsies reste l'examen clé et de première intention ; elle permet :

- De préciser l'aspect macroscopique de la lésion
- De préciser le siège
- D'évaluer l'extension vers le cardia ou le pylore
- D'effectuer des biopsies multiples, seul garant du diagnostic
- De faire le diagnostic différentiel

## 4/ Formes cliniques :

### 4-1/ selon le siège :

- Tumeur antrale ou pylorique : les vomissements sont le maître symptôme  
la dilatation gastrique est visible sous forme d'une tuméfaction de l'HDG avec clapotage à la palpation
- Tumeur du cardia : la dysphagie basse est le signe principal  
Les douleurs sont rétrosternales
- Linite plastique : cancer infiltrant entraînant un épaissement pariétal intéressant tous les plans de la paroi  
Le TOGD montre un estomac tubulisé, rigide et indéformable

4-2/ formes trompeuses :

Se manifestent par des signes indirects (thrombophlébite récidivante)

4-3/ formes compliquées :

Formes hémorragiques, perforation gastrique.

4-4/ formes précoces :

Cancers superficiels limités à la muqueuse ou s/muqueuse, asymptomatiques, de découverte fortuite.

**Bilan d'extension :**

1/ Clinique :

Recherche d'une hépatomégalie

Recherche d'une atteinte ganglionnaire périphérique

Examen clinique de tous les appareils

2/ Paraclinique :

Echographie : recherche d'une ADP profonde

recherche de métastases hépatiques

recherche d'ascite

lésion gastrique (image en cocarde)

TDM

TOGD : étendue de la sténose

apprécier la dynamique

Echo-endoscopie : degré d'invasion pariétale et l'atteinte ganglionnaire

Pet-scan

Radiographie du thorax

Marqueurs tumoraux : CA 19-9, ACE

## Traitement :

### 1/ Buts :

- Résection tumorale+ rétablissement de la continuité digestive
- Assurer une survie confortable
- Eviter les complications et les récives

### 2/ Méthodes :

#### 2-1/ traitement chirurgical :

- préparation à l'acte : rééquilibrage hydro-sodée  
préparation colique  
aspiration gastrique  
antibioprophylaxie
- gastrectomie totale ou partielle avec rétablissement de la continuité

#### 2-2/ traitement endoscopique :

- Mucosectomie (T1N0) avec risque opératoire
- Destruction endoscopique par plasma argon
- Endoprothèse

#### 2-3/ traitement adjuvant et néo adjuvant :

- Radiothérapie externe
- Radiothérapie peropératoire
- Chimiothérapie néoadjuvante
- Chimiothérapie adjuvante
- Chimiothérapie palliative
- CHIP (chimiothérapie intrapéritonéale)

#### 3/ Indications :

- Malade inopérable : chimiothérapie ou radiochimiothérapie
- Malade opérable : tumeur inextirpable : radiochimiothérapie  
Ou chimiothérapie  
Puis second look

Tumeur résécable : gastrectomie polaire inférieure  
gastrectomie totale



#### 4/ Surveillance :

- Clinique : 3 à 6 mois
- Echographie abdominale : tous les 6 mois
- Radiographie du thorax : annuelle
- Si gastrectomie totale : vitamine B12 à vie

#### **Conclusion :**

La plupart des cancers de l'estomac sont diagnostiqués à un stade avancé.

Le traitement curatif repose essentiellement sur l'exérèse chirurgicale.

Le pronostic du cancer de l'estomac est fonction du stade anatomopathologique et du degré d'extension locorégionale et à distance. L'amélioration de ce pronostic repose sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.