



Item300-Tumeurs de l'estomac.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur de l'estomac.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Thésaurus cancers digestifs 2014 - Chap2 Tumeurs gastriques - SNFGE - HAS ALD 11 - INCA 09 - Polycopiés nationaux: > HGE: item 150 > Cancéro	- Adénocarcinome / infection HP-UG- AEG / HD / Troisier / TR / paranéo. - EOGD: histologie + rechercher HP - TDM TAP inj. + écho-endoscopie - Linite (châtons) / Lymphome MALT - C°: malabsorption: anémie / dumping - Survie à 5ans = 15% / F: TNM-ADP - Gastrectomie curative +/- chimioT - !! NPO supp. B12 IM au décours - PenC 100% / soutien psy / palliatif	- RCP et PPS - Aires Gg: schéma - Bilan nutritionnel

Généralités

Epidémiologie

- 2ème cancer digestif en France (après oesophage)
- i ~ 10/100 000 - sex ratio H > F = x2-3 - âge moyen = 70ans
- [Distribution géographique particulière](#)
 - Beaucoup fréquent en Asie (Japon ++) et en Amérique du Sud qu'en Europe-US
 - !! Au niveau mondial, représente quand même la 2nde cause de mortalité par cancer
- [Facteurs de risque](#)
 - Helicobacter pylori (HP) +++ / antécédent **d'ulcère** gastrique
 - Gastrites chroniques atrophiques: **Biermer** ou HP (cf [Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite.](#))
 - Alimentation: sel / nitrites / grillades (Vit C = facteur protecteur)
 - Facteurs génétiques: atcd familiaux / moignon de gastrectomie
 - !! **Remarque:** rôle limité de l'intoxication alcoolo-tabagique

Anatomo-pathologie

- **Adénocarcinome +++ (90%)**
 - [Formes histologiques \(classification de Lauren\)](#)
 - **Forme intestinale** = prolifération organisée / différenciée / estomac distal ++
 - **Forme diffuse** = prolifération en amas / peu différenciée / estomac proximal ++
 - dont linite: paroi épaissie et blanchâtre / cellules en « bague à châton »
 - [Localisation](#)
 - Antre = 40% / cardia-fundus = 20% / corps = 15% / diffus = 25%
 - [Immunohistochimie](#)
 - Recherche statut du récepteur HER-2 sur biopsie
 - si bilan d'extension évoque une forme métastatique
- [Autres types histologiques](#)
 - Tumeurs stromales: tumeurs mésoenchymateuses / bénignes ++
 - Lymphome digestif non hodgkinien (MALT) (cf [Lymphomes malins](#))

Classification TNM

T	<ul style="list-style-type: none"> • Tis : tumeur intra-épithéliale stricte sans invasion de la lamina propria • T1 : tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous muqueuse <ul style="list-style-type: none"> ◦ T1a: atteinte de la lamina propria ou musculaire muqueuse ◦ T1b : atteinte de la sous-muqueuse • T2: atteinte de la musculature • T3: atteinte de la sous-séreuse (dont grand épiploon) • T4 : tumeur perforant la séreuse et/ou envahissant des organes voisins <ul style="list-style-type: none"> ◦ T4a: tumeur perforant la séreuse ◦ T4b : tumeur envahissant les structures adjacentes
N	<ul style="list-style-type: none"> • N1 : 1-2 Gg atteints • N2 : 3 à 6 Gg • N3 : > ou = à 7 <ul style="list-style-type: none"> ◦ N3a : 7-15 Gg ◦ N3b : >15 Gg
M	<ul style="list-style-type: none"> • M0: pas de métastase • M1: métastase à distance (!! dont gg sus-claviculaire)

!! analyse ≥ 25 Gg si curage D1,5

Formes héréditaires d' adénocarcinome gastrique

Généralités

- **!! NPO:** Cs de conseil génétique / consentement écrit / dépistage familial (**A savoir !**)

Mutation du gène de la E-cadhérine (CDH1)

- **Génétique**
 - Transmission autosomique **dominante** / pénétrance quasi-complète
 - Mutation = gènes **CDH1** (supresseur de tumeur)
 - codant pour la **E-cadhérine** impliquée dans adhésion intercellulaire (d'où le phénotype en bague à chaton)
 - **Diagnostic**
 - !! Etude du gène CDH1 dans le cadre d'une consultation d'oncogénétique
 - A partir de 14 ans pour les apparentés
 - **Indications consultation oncogénétique (INCA 09)**
 - **Dépistage génétique si ≥ 1 critère parmi:**
 - ≥ 2 cas de cancers gastriques diffus chez apparentés 1er/2nd degré dont un cas avant 50 ans
 - ≥ 3 cas de cancers gastriques diffus chez apparentés 1er/2nd degré quel que soit l'âge
 - cancer gastrique diffus avant 40-45 ans
 - cancer gastrique diffus associé à un carcinome mammaire lobulaire infiltrant ou à un cancer colo-rectal à cellules indépendantes chez un même individu ou chez deux apparentés au 1er/2nd degré
 - aggrégation familiale de carcinomes mammaires lobulaires infiltrants non liés à BRCA, en l'absence d' Atcd familial de cancer gastrique
 - **Indications consultation oncogénétique (HAS 11)**
 - Atcd familiaux de cancers digestifs/gynécologiques
 - Adénocarcinome gastrique avant 40 ans
 - **Consultation d'oncogénétique**
 - **Séquençage sang circulant:** recherche de la mutation sur le gène CDH
 - ! Immunohistochimie E-Cadhérine sur tissu tumoral inutile (perte d'expression constante dans les formes sporadiques)
 - **Prise en charge**
 - Gastrectomie prophylactique à partir de 20 ans
 - Surveillance annuelle par mammographie pour les femmes (risque plus élevé de cancer du sein)
- Syndrome HNPCC (hereditary non polyposis colorectal cancer) (++) = syndrome de Lynch**
- cf **Tumeurs du colon et du rectum.**

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**

- Terrain = FdR: atcd **d'UGD** / HNPCC / alimentation / alcool-tabac
- Signes fonctionnels
 - signes généraux: **AEG** / amaigrissement / fièvre paranéoplasique
 - signes digestifs: douleur ulcéreuse / **HD**: hématurie-méléna
 - signes obstructifs: vomissements (pylore ++) / dysphagie (cardia ++)
- Examen physique
 - Signes positifs en faveur
 - Masse épigastrique inconstante / asymptomatique ++
 - Bilan d'extension clinique (5)
 - Examen des aires ganglionnaires: ganglion de **Troisier** (!! schéma: **A savoir !**)
 - Toucher rectal (TR): recherche **carcinose** péritonéale +++
 - Examen abdominal: **hépatomégalie** métastatique / **ascite**. etc.
 - Métastases à distance: ex. neurologique / pulmonaire / cadre osseux
 - Syndromes paranéoplasiques
 - Hypercoagulabilité = **phlébites** récidivantes MI/MS (syndrome de Trousseau)
 - Acanthosis nigricans = lésion cutanée hyperpigmentée rugueuses (plis ++)
 - Syndromes auto-immuns = anémie hémolytique / MAT / NG (GEM)

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
 - Endoscopie oeso-gastro-duodénale +++ (EOGD) (**A savoir !**)
 - **Biopsies multiples** (≥ 8 sur lésions + biopsies antrales (HP !)) / ex. anapath: histologie / !! NPO recherche **d'HP**
 - Visualisation de la tumeur: siège / taille / aspect macroscopique / sténose
 - !! Devant tout ulcère gastrique visualisé, biopsie des berges indispensable
- Pour bilan d'extension
 - TDM thoraco-abdomino-pelvienne injectée +++
 - Pour extension loco-régionale: ADP / envahissement du pancréas ++
 - Pour métastases (hépatiques / pulmonaire/ovariennes) / carcinose péritonéale
 - Echo-endoscopie non systématique
 - Evaluation de l'envahissement pariétal et statut ganglionnaire
 - Si tumeur superficielle surtout (avant résection endoscopique) / limite / décision de traitement néo-adjuvant
 - TEP-TDM non systématique :
 - si TDM TAP équivoque
 - Scinti Os / IRM cérébrale :
 - sur point d'appel
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Bilan **nutritionnel**: poids / albumine / préalbumine (**A savoir !**)
 - Bilan du terrain alcool-tabagique ++ / Karnofsky-**PS OMS**
 - Bilan pré-opératoire: Gpe-Rh-RAI / Cs anesthésie / bio standard
- !! Remarque
 - si HP+ : NPO de rechercher +/- éradiquer HP chez les parents au 1er degré
 - Marqueurs tumoraux: pas d'intérêt ni pour le diagnostique ni pour le suivi (HAS ALD 11)

Diagnostiques différentiels = autres types histologiques

- Tumeurs stromales
 - Tumeurs mésoenchymateuses / bénignes ++ / mutation c-kit
 - Localisation: estomac (50%) / grêle (30%) / colon (10%)
 - !! Récidives très fréquentes = surveillance au long cours par TDM
- Lymphome digestif non hodgkinien (MALT)
 - Lymphome issu du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (digestives)
 - Représente 12% des LNH et 3% des tumeurs malignes de l'estomac
 - LNH à cellules B dans 90% des cas / FdR = infection à HP +++
 - Bilan d'extension et Ann-Arbor similaires aux autres LNH (cf **Lymphomes malins**)
- Remarque: autres causes d'**acanthosis nigricans**
 - insulino-résistance (D2 / SOPK / obésité) / hypothyroïdie / sarcoïdose

Evolution

Complications

- Post-gastrectomie précoce +++
 - Amaigrissement
 - Malabsorption / syndrome carentiel
 - Carence en vitamine B12 si gastrectomie totale/ en folates (B9) = **anémie** mégalo-blastique
 - Autres: stéatorrhée / en fer (!! anémie mixte) / hypovitaminose K, etc.

- **Dumping syndrome**
 - cf: arrivée brutale des aliments dans jéjunum → substances vasodilatatrices
 - = diarrhée / lipothymie / sudation / malaise ; 20min après repas
- **Syndrome du petit estomac**: satiété et ballonnement post-prandial précoce
- **Oesophagite par reflux biliaire, dyspepsie**
- **Diarrhée chronique**: liée à la vagotomie tronculaire
- **Post-gastrectomie tardifs+++**
 - **Ulcère anastomotique**
 - **Malabsorption / syndrome carentiel**
 - Carence en vitamine B12 si gastrectomie totale/ en folates (B9) = **anémie** mégaloblastique
 - Autres: stéatorrhée / en fer (!! anémie mixte) / hypovitaminose K, etc.
 - **Oesophagite par reflux biliaire, dyspepsie**
 - **Cancer sur moignon de gastrectomie**
- **!! Remarque**
 - si anémie macrocytaire précoce en post-gastrectomie partielle (des 4/5e)
 - carence en B9 (par ↓ apports) beaucoup plus probable que B12 (réserves +++)

Pronostic

- **Survie à 5ans = 15%** tous stades (formes localisées= 59% / si M+ = 2%..)
- **Facteurs pronostiques**
 - Extension = score TNM +++
 - Mauvais: âge > 70ans / tumeur proximale / tumeur diffuse ou linite / T > 4cm ou T3-4

Risque de second cancer

- Risque de cancer colo-rectal et de cancer du grêle augmenté par rapport population générale si ADK estomac avant 50 ans

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (**A savoir !**)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (**PPS**)
- Bilan pré-thérapeutique: **nutritionnel** +++ / état général, etc.

Stratégie thérapeutique :

- **Patient non métastatique (TDM TAP IV-), en l'absence d'urgence :**
 - **si N+ et/ou T>2** : chimiothérapie périopératoire
 - **si N- et Echoendoscopie +/- coelioscopie pour vérifier envahissement pariétal et ganglionnaire**
 - **si "vrai" N- et T chirurgie** : gastrectomie + curage D1,5
 - **si N+ et/ou T>2** : chimiothérapie péri-opératoire + chirurgie : gastrectomie + curage D1,5
- **Patient non métastatique (TDM TAP IV-), si indication chirurgicale en urgence (sténose/ hémorragie) :**
 - chirurgie : gastrectomie + curage D1,5
 - puis :
 - **si pN- et pTrien**
 - **si pN+ et/ ou pT>3** : radiochimio (si pas de cellules indépendantes) ou chimiothérapie à base de 5 FU
- **Patient métastatique :**
 - chimiothérapie

Mucosectomie endoscopique

- Indications exceptionnelles
- Tumeurs Tis/T1a-N0-M0 après évaluation par écho-endoscopie
- Examen anatomopathologique +++

Traitement chirurgical curatif

- **Indication**
 - Tumeurs locales résécables **sans** métastases ni carcinose péritonéale
- **Intervention**
 - **gastrectomie totale**: si tumeur proximale (2/3 supérieurs) ou limites
 - **gastrectomie des 4/5èmes**: si tumeur distale (antro-pyloriques) sauf limites
- **Modalités**
 - 1er temps exploratoire: recherche ADP/M (!! CI la résection)
 - Résection / envoi de la pièce en **anapath** + ex. extemporané
 - **Curage** ganglionnaire, souvent D1,5 (sans splénectomie sauf envahissement) avec au moins 25 ganglions
 - Omentectomie (résection du grand épiploon)
 - Rétablissement de la continuité (anse oeso-jéjunale en Y si totale, gastro-jéjunale si partielle)
 - Marge en amont de la tumeur 5 cm si partielle
 - Marge duodénale de 1cm si gastrectomie totale pour linite antrale

- !! NPO en post-gastrectomie totale, traitement au décours +++

- Supplémentation en vitamine **B12** en **IM** 1000µg/M
- Fractionnement des repas / manger lentement
- (et IPP à vie en cas de gastrectomie partielle)

Traitement néo-adjuvant et adjuvant

- Indication :

- si T3/T4/N+ (tumeurs localement avancés)

- Modalités :

- Poly-chimiothérapie péri-opératoire avant et après chirurgie si T3/T4/ N+ et M0 (traitement de référence)
- Radio-chimiothérapie postopératoire peut aussi être proposée

Traitement palliatif

- Chimiothérapie: polychimiothérapie en 1ère ligne si tumeur non opérable (traitement de référence)
 - association avec Trastuzumab si ADK exprimant HER 2
- Radiothérapie: concomitante à la chimiothérapie chez certains patients

Mesures associées (cf Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance)

- Recherche et traitement infection à HP pour patient et pour apparentés du 1er degré du patient
- Consultation d'oncogénétique si ADK gastrique avant 40 ans
- Prise en charge **nutritionnelle** (A savoir !)
- Prise en charge de la douleur
- Prise en charge des symptômes d'inconforts
- Soutien psychologique
- Prise en charge à **100%**

Surveillance

- Clinique:

- état nutritionnel (poids +++) / complications de la gastrectomie ++ / !! récurrences fréquentes
 - rythme : 1x/3-6 mois pendant 3 ans puis 1x/6M pendant 2 ans puis 1x/an
- !! recherche d'un second cancer (grêle, colon) chez patients diagnostiqués avant 50 ans

- Paraclinique:

- écho abdominale ou TDM TAP
 - rythme : 1x/6 mois pendant 3 ans puis 1x/an pendant 2 ans
- Endoscopie haute : si persiste un moignon gastrique
 - rythme : aucun rythme spécifique n'est recommandé
- !! ACE et CA 19.9 inutiles

Synthèse pour questions fermées

7 éléments évoquant récurrence chez patient atteint de cancer de l'estomac et devant l'inciter à consulter ?

- Reprise de l'amaigrissement
- Douleurs abdominales
- Dysphagie
- Douleurs osseuses
- Augmentation du volume de l'abdomen
- Fièvre prolongée
- Douleur des mollets

(ALD HAS 11)

Quelle est la complication à évoquer devant un syndrome douloureux épigastrique dans l'année suivant une gastrectomie ?

- Ulcère anastomotique

Une méthode chirurgicale pour prévenir l'oesophagite par reflux biliaire post gastrectomie totale ?

- Montage avec anse en Y

5 mesures pour prévenir les complications fonctionnelles des gastrectomies et vagotomies ?

- Dentition en bon état
- Apports énergétiques (protéiques+++) suffisants
- Repas fractionnés (≥ 5)
- Suppression puis réintroduction progressive des aliments sucrés et contenant du lactose (dumping syndrome)
- Arrêt des boissons alcoolisées

(ALD HAS 11)

2 éléments aggravant les séquelles de chimiothérapie et radiothérapie chez les patients traités pour un cancer de l'estomac ?

- Tabac
- Alcool

(ALD HAS 11)

Quelle mesure proposer aux apparentés au 1er degré d'un patient avec un ADK gastrique ?

- Dépistage et traitement de l'infection à HP

(ALD HAS 11)