

**FACTEURS DE RISQUES**

- Helicobacter pylori** +++ **80%**, ulcère gastrique disuté, **RGO 20%**
- Gastrite chronique atrophique (H.Pylori) ou autoimmune (anémie de Biermer) , gastrectomie subtotale > 15 ans sur moignon
- **Tabac, consommation de sel** et nitrites, pauvre en fibres et fruits, obésité (Cancer Cardia++) , faible niveau socio-économique, OH, EBV
- Métaplasie intestinale, polypes gastriques, maladie de Ménétrier (muqueuse hypertrophique)
- Génétiq ue 3% => syndrome de Lynch (critères Amsterd am II), PAF, mutation de CDH1 avec perte de fonction de cadhérine pour formes diffuses

**TRAITEMENT**

**Étiologique:** maladie de Biermer, H.pylori

**Curatif:**

Ttt endoscopique : Pré- Cancer, Tis, T1aN0M0: mucosectomie + anatomopathologie

Ttt chirurgical: pour tumeurs résécables M0 sans carcinose péritonéale

- Gastrectomie totale: tumeur proximale ou linité
- Gastrectomie 4/5 si tumeur distale de l'antr e

+ omentectomie + curage ganglionnaire (min 15 ganglions)  
 + examen extempo + anatomopathologie  
 + rétablissement de continuité (anse en Y ou Gastrojéjunal)  
 + vaccination pneumocoques q5ans, méningocoques q3ans, **haemophilus q10 ans**, oracilline 1MU \*2/j pour 2 ans si splénectomie

**Péri opératoire: (hors programme ECN)**

Chimio péri-opératoire à base de :

5FU- platine, oxaliplatine, et docetaxel (FLOT)

Ou RCT adjuvante avec 5FU- platine si N2-3, R1, < curage 15 ggl

**Traitement palliatif : (hors programme ECN)**

Chimiothérapie 1<sup>ère</sup> ligne si tumeur non opérable à base de 5-FU-cisplatine (+ trastuzumab (HERCEPTIN) si surexpression HER2+)

**CONSULTATION GENETIQUE:**

- Adénocarcinome < 40 ans: recherche de sd de Lynch, polypose adénomateuse familiale (PAF), sd de Peutz-Jeghers, polypose juvénile
- Adénocarcinome type *diffus* chez 2 apparentés 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré dont 1 < 50 ans, ou 3 apparentés qqsoit age, ou 1 cas < 45 ans, carcinome lobulaire sein, CCR à cellules indépendantes => Recherche mutation CDH1 avec perte de fonction de E-cadherine

↳ gastrectomie totale prophylactique dès 20 ans ou chromogastrosco pie annuelle +/- mammographie (risque CLI)

**DIAGNOSTIC:** Pauci-

- symptomatique au départ, pronostic sombre
- Signe généraux:** AEG, **Parané o: Phlébite, fièvre, acanthosis nigricans**
- Signes digestif: douleurs épigastriques ulcéreuses**, hémorragie digestive (anémie micro/ méléna/ hématomèse), dysepsie,
- Signe obstructifs:** vomissements, **dysphagie**
- Signes métastases:** hépatomégalie, ascite, carcinose péritonéale,

**FACTEURS PRONOSTIQUES**

- TUMEUR DIFFUSE OU LINITÉ
- Score TNM, envahissement N +++
- Nombre de ganglions examinés
- Chirurgie R 1-2
- PRONOSTIC: SURVIE à 5 ANS: 15% tous stades confondus

**CANCER DE L'ESTOMAC****EPIDEMIOLOGIE**

5<sup>ème</sup> rang des cancers, 6500 nouveaux cas / an , age moyen = 70 ans, ratio =1.9 H/F, 4000 décès/an  
 Evolution : ↘ incidence globale grâce meilleure conservation aliments/ ↘ H.Pyl, mais ↗ cardia et linité

**BILAN D'EXTENSION CLINIQUE :**

- Ex aires ganglionnaire ( ADP Troisier)
- TR ( carcinose peritonéale)
- Ex abdo ( ascite, hepatomégalie, masse ovarienne pour tumeur de Krükenberg)

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES:**

**Diag positif: Endoscopie oeso-gastro-duodénale + BIOPSIE** (minimum 8 sur lésion jusque sous-muqueuse) + biopsie antrale pour H pylori +/- cardia & pylore

**Bilan d'extension paraclinique:**

- **Scanner TAP** sans et avec injection
- **Echo endoscopie oeso- gastrique** pour l'extension en surface, profondeur, surtout pour linité+++
- +/- coelioscopie exploratrice, TOGD
- PET-scanner non systématique

**Bilan pré thérapeutique:**

Bilan nutritionnel: albumine pré - albumine- poids  
 Bilan du terrain Karnofsky ou PS  
 Bilan pré opératoire: EFR, ECG, Echo Coeur, créat etc...

**ANAPATH**

Localisations : Cardia (<2 cm jonction GO) 20% lié à RGO, fundus (corps) 20%, Antre 40% lié H pylori , diffus 25%

**Adénocarcinome (95%)****Classification de LAUREN :**

**Forme intestinale glandulaire:** prolifération organisée différenciée++ bourgeonnante , estomac distal, âgés ++

**Forme diffuse:** prolifération en amas, peu différenciée++, estomac proximal

↳ Incluant **la linité gastrique:** avec

**cellules mucosécrétantes indépendantes en bague à châton**  
**Recherche MSI et HER2 systématique (10-20%): IHC ou FISH**

**AUTRES:**

Tumeurs stromales (GIST)

Lymphome digestif non Hodgkinien (MALT; H.Pylori+++), tumeurs endocrines

Tumeurs bénignes (polypes hyperplasiques/ adénomateux/ glandulokystiques)

**SURVEILLANCE:**

**Clinique :** tous 3 à 6 mois pendant 5 ans puis annuelles, NFP/ an Vitamine B12 1mg IM/3 à 12 mois +/- folates +/- préventions anti-infectieuses si splenectomie

**Paraclinique:**

-Scanner TAP tous 6 mois (ou écho abdo + RP) pendant 3 ans puis annuel

- Gastroscopie tous les 2 ans si gastrectomie partielle > 10 ans après chirurgie

- Apparentés 1<sup>er</sup> degré avec cancer estomac : éradication H. pylori test respiratoire à urée marquée ou sérologie pour < 50 ans, gastroscopie + biopsies pour > 50 ans