

## EPIDEMIOLOGIE :

5<sup>ème</sup> rang des cancer dans le monde et 3<sup>ème</sup> rang des cancer digestif en France  
Âge moyen = 70ans, ratio H/F = 1,9, 40 000 décès/an  
Évolution : ↓ incidence globale ( ↓ H.Pylori) mais ↑ incidence cancer du cardia et des limites

## FACTEURS DE RISQUES :

- **FDR environnementaux** : *Helicobacter pylori* +++ (80%), tabac, consommation/conservation élevée sel (et nitrite), consommation faible fruits et légumes, bas niveau socio-économique, surcharge pondérale  
- **FDR génétique** (3% cancers): formes diffuses avec mutation de CDH1 et perte de fonction de E-Cadhérine, apparenté 1<sup>er</sup> degrés atteint de cancer de l'estomac, Syndrome de Lynch et PAF → recherche de H.P → préventif par test respiratoire à urée marquée ou sérologie pour < 50 ans et gastroscopie + biopsies pour > 50 ans  
- **Lésion prédisposantes** : Gastrite chronique atrophique (H.Pylori) ou autoimmune (anémie de Biermer) , gastrectomie subtotale > 15 ans sur moignon, ulcère gastrique (discuté), RGO, métaplasie intestinale, polypes gastriques adénomateux, maladie de Ménétrier (muqueuse hypertrophique)

## DIAGNOSTIC :

Paucisymptomatique au départ, pronostic sombre (15% survie à 5ans)  
• Signes digestif: **douleurs épigastriques ulcéreuses**, hémorragie digestive (anémie micro/ méléna/ hématémèse), **dyspepsie**  
• Signe obstructifs: vomissements, **dysphagie**  
• Signe généraux: AEG, Paranéo: Phlébite, fièvre, acanthosis nigricans  
• Signes métastases: hépatomégalie, ascite, carcinose péritonéale, tumeur de Krükenberg (méta ovarienne)

## 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 quelque soit l'âge, 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 chromogastroscopie annuelle +/- mammographie (risque CLI)

## EXAMEN CLINIQUE ET BILAN BIOLOGIQUE :

→ Recherche ggl Troisième, ascite, masse épigastrique, hépatomégalie, signes d'hémorragie digestive et de carcinose péritonéale  
→ Bilan fonction rénale & hémostase + dosage ACE et CA 19-9 pour le suivi

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Ulcère gastrique  
- Tumeur gastrique bénigne  
- Envahissement par contiguïté d'une tumeur pancréatique ou colique transverse  
- Bézards ou corps étrangers  
- Localisation gastrique de maladie hématologique (lymphome gastrique de MALT)

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

**Diaq 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 (évalue résécabilité et si méta)  
• **Echo endoscopie oeso-gastrique** pour l'extension en surface, profondeur, surtout pour limite+++  
• +/- cœlioscopie 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...

# CANCER DE L'ESTOMAC

## CARCINOGENESE :

Épithélium gastrique normal → gastrite chronique → atrophie gastrique → métaplasie intestinale → dysplasie → carcinome invasif

## ANATOMO-PATHOLOGIE :

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 → inclut **la linite gastrique:** avec **cellules mucosécrétantes indépendantes en bague à châton**  
Recherche MSI et HER2 systématique (10-20%): IHC ou FISH  
**AUTRES:**

Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) : expression récepteur transmembranaire c-kit  
Lymphome digestif non Hodgkinien (MALT; H.Pylori+++),  
Tumeurs endocrines  
Tumeurs bégnines (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 splénectomie  
**Paraclinique:** Scanner TAP tous 6 mois (ou écho abdo + RP) pendant 3 ans puis annuel et Gastroscopie tous les 2 ans si gastrectomie partielle > 10 ans après chirurgie

## TRAITEMENT

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

### Curatif:

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

Ttt chirurgical: pour tumeurs résécables M0 sans carcinose péritonéale

-Gastrectomie totale: tumeur proximale ou limite

-Gastrectomie 4/5 si tumeur distale de l'antre

+ omentectomie + curage ganglionnaire (min 15 ganglions)

+ examen extempo + anatomopathologie

+ rétablissement de continuité (anse en Y ou Gastrojéjunale)

+ 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+)

## FACTEURS PRONOSTIQUES:

→ TUMEUR DIFFUSE OU LINITE  
→ Score TNM, envahissement N +++  
→ Nombre de ganglions examinés  
→ Chirurgie R 1-2