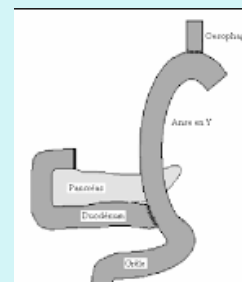
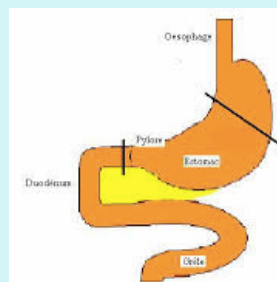
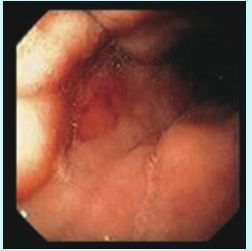


Item 300 – Tumeurs de l'estomac

Définitions	3 sièges tumoraux différents : tumeur du cardia, du corps ou de la grosse tubérosité, de l'antre <u>Types histologiques</u> : - Tumeur épithéliale maligne (adénocarcinome) - Tumeur épithéliale bénigne (polypes hyperplasiques, adénomateux et glandulokystiques) - Tumeur endocrine Lymphome malin non hodgkinien (lymphome de MALT) / lymphome associé aux muqueuses - Tumeur stromale ou GIST <u>Classification de Lauren</u> : Type intestinal glandulaire : sujet âgé, bien ou moyennement différencié Type diffus à prédominance de cellules indépendantes mucosécrétantes incluant les limites : sujets jeunes, peu différencié - Tumeurs épithéliales malignes sont les + fréquentes (90%)
Epidémiologie	3^{ème} rang des KC digestifs : incidence en baisse mais cancer fréquent et grave 2^{ème} cause de mortalité par KC : mortalité en baisse 70 ans, H>F, rare avant 50 ans - Survie 15% à 5 ans ↑ incidence des cancers du cardia et de type diffus ↓ incidence des formes distales et adénocarcinome de type intestinal
Facteurs de risque	Helicobacter pylori : - BGN - Facteur étiologique principal de adénocarcinome gastrique ou du lymphome gastrique de MALT - Gastrite peut évoluer vers gastrite chronique atrophique, puis métaplasie puis dysplasie puis le cancer < 1 % des patients infectés développeront un cancer gastrique - Recherche systématique d'une infection à H. pylori chez apparentés du 1^{er} degré de patients avec adénocarcinome gastrique ou un lymphome de MALT => test respiratoire à l'urée (< 50 ans) ou FOGD (> 50 ans) <u>Facteurs génétiques</u> : Adénocarcinomes gastriques diffus héréditaires : gène CDH1, transmission AD, dg évoqué (qd dans la famille 2 cas dont 1 < 50 ans, ou 3 cas), association à d'autres cancers Adénocarcinomes gastriques survenant dans le cadre de syndromes familiaux : risque ↑ chez apparentés du 1^{er} degré de patients ayant un cancer de l'estomac ou patients ayant sd de Lynch/sd de HNPCC ou patients atteints de polypose adénomateuse familiale <u>Facteurs environnementaux</u> : tabagisme, consommation élevée de sel et de nitrites, bas niveau socio-économique, faible consommation de fruits et légumes, surcharge pondérale (pour adénocarcinomes de la jonction œsogastrique) <u>Lésions précancéreuses</u> : Gastrite chronique atrophique et métaplasie intestinale par infection à H. pylori Maladie de Biermer Gastrectomie partielle (stagnation du contenu de l'estomac dans le moignon restant) Ulcère gastrique => contrôle endoscopique après fin du Tt Maladie de Ménétrier (gastrite hypertrophique) Polypes gastriques adénomateux
Circonstances de découverte	- Sd ulcéreux ou sd dyspeptique, dlr épigastrique - Sd obstructif si cancer situé au niveau des orifices (dysphagie pour le cardia, vomissements pour le pylore) AEG, anorexie, amaigrissement, asthénie Hémorragie digestive occulte (anémie microcytaire ferriprive) ou extériorisée (hématémèse ou méléna) Péritonite par perforation Métastase révélatrice (hépatique, ggair, ovarienne, carcinose péritonéale (ascite, nodule du cul-de-sac de Douglas et sd subocclusif) - Sd paranéoplasique : phlébite, fièvre, acanthosis migrans (zones de peau sombres et épaisses)

Clinique	- Pauvre le + souvent Masse épigastrique, hépatomégalie métastatique, gg de Troisier, ascite, signes d'hémorragie digestive (méléna) et de carcinose péritonéale (nodules dans le cul-de-sac de Douglas perceptibles au TR)	
Diagnostic positif	FOGD avec des biopsies (5-8) / parfois biopsies en puit : siège de la lésion, étendue, distance par rapport au cardia et au pylore, aspect macroscopique (ulcérovégétant, végétant ou ulcéré, infiltrant), type histologique - Si doute : échoendoscopie gastrique (analyse des couches profondes de l'estomac + prlrvt)	
Bilan d'extension	TDM abdomino-pelvien : évaluation résécabilité + métastases éventuelles Echoendoscopie : stade TNM, et si suspicion de limite Etat général, état nutritionnel, âge physiologique	
	T : envahissement tumoral	Tis : carcinome in situ (tumeur intra-épithéliale) T1a : tumeur envahissant le chorion (lamina propria) T1b : tumeur envahissant la sous-muqueuse T2 : tumeur envahissant la musculature T3 : tumeur envahissant la sous-séreuse T4a : tumeur envahissant la séreuse (péritoine viscéral) sans envahissement des structures adjacentes T4b : tumeur envahissant les structures adjacentes
	N : envahissement ganglionnaire	N1 : 1-2 gg lymphatiques régionaux N2 : 3-6 gg régionaux N3a : 7-15 gg régionaux N3b : > 15 gg régionaux
	M : dissémination métastatique	M0 : pas de métastase M1 : métastase à distance
Traitement	RCP - Programme personnalisé de soins (PPS) Soins de support - Tumeurs limitées à la muqueuse (Tis et T1a) et lésions précancéreuses : endoscopie interventionnelle (mucosectomie) - Autres stades non métastatiques : exérèse chirurgicale avec curage ganglionnaire +/- chimio ou radiothérapie - Tt chirurgical : exérèse complète + curage ganglionnaire (au - 15 gg) Gastrectomie partielle avec anastomose gastrojéjunale (KC de antre de type « intestinal ») Gastrectomie totale avec anse grêle montée en Y (anastomose œsojéjunale) (autres localisations et tumeurs type « diffus ») Fractionnement des repas post-op (6-7 repas /j) Supplémentation B12 si gastrectomie totale	
Pronostic	- A 5 ans : 15% - Si abs de gg envahis : 60% - Si classification N1 : 35% - Si classification N2 : 10%	
Formes particulières	Adénocarcinome du cardia	- KC de la jonction œsogastrique - Incidence en augmentation Dysphagie ++ Tt : gastrectomie totale avec chimiothérapie péri-op (si forme localement avancée)
	Adénocarcinome superficiel	- KC ne dépassant pas la sous-muqueuse - Forme pseudo-ulcéreuse : aspect endoscopique d'ulcère superficiel +/- étendu



	Linite gastrique	▪ Adénocarcinome peu différencié, constitué de cell indptes + stroma fibreux ▪ Sujets jeunes, F>H ▪ AEG + amaigrissement +/- signes d'occlusion haute ▪ <u>Endoscopie</u> : gros plis rigides sans lésion ulcéro-végétante (insufflation complète de estomac n'est pas possible) ▪ <u>Dg facilité par</u> : biopsies en puit, T DM thoraco-abdmno-pelvien (aspect figé, épaissi et rétréci de estomac), échoendoscopie gastrique (épaississement paroi gastrique prédominante au niveau de la sous-muqueuse)	
	Lymphomes gastriques primitifs	▪ 3% des tumeurs gastriques ▪ Les + fréquents des lymphomes non hodgkiniens non ggaires ▪ 2 types : ○ Lymphomes gastriques du MALT : peu symptomatiques, FOGD ++ (lésions pseudo-inflammatoires ou tumorales) + biopsies, lié à infection chronique à H. pylori, évolution très lente, échoendoscopie +, Tt : éradication de H. pylori ○ Lymphomes gastriques à grandes cellules : plus rares, tumeur volumineuse et ulcérée, Tt : polychimiothérapie	
	Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)	▪ Tumeurs mésenchymateuses malignes rares aux dépends de la couche musculieuse de l'estomac ▪ <u>Immunohistochimie</u> : expression positive de c-kit ▪ Asympto ++, hémorragie digestive, masse palpable, perforation ▪ FOGD, échoendoscopie, TDM => masse ronde sous-muqueuse parfois ulcérée + dvlpt endogastrique fréquent ▪ <u>PEC</u> : exérèse chirurgicale sans curage ggaire OU imatinib (Glivec®) si non résécable/non métastatique	
	Tumeurs endocrines	▪ Contexte d'hypergastrinémie : 2aire à achlorhydrie (maladie de Biermer) ou primaire (sd de Zollinger-Ellison) ▪ Multiples, petite taille, évolution lente, méta exceptionnelles ▪ Dérivée des cellules dites Enterochromaffin-like (ECL) (spécialisées dans sécrétion d'histamine) ▪ E aussi tumeurs endocrines sporadiques (carcinomes endocrines peu différenciés mauvais pronostic)	