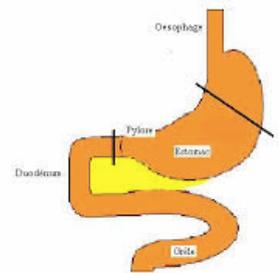
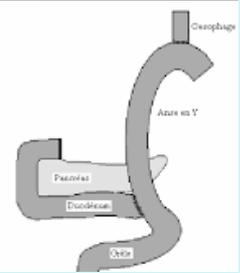


## Item 300 – Tumeurs de l'estomac

<p><b>Définitions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 sièges tumoraux différents : tumeur du <b>cardia</b>, du <b>corps</b> ou de la <b>grosse tubérosité</b>, de l'<b>antre</b></li> <li>▪ <u>Types histologiques</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumeur <b>épithéliale maligne</b> (adénocarcinome)</li> <li>- Tumeur <b>épithéliale bénigne</b> (polypes hyperplasiques, adénomateux et glandulokystiques)</li> <li>- Tumeur <b>endocrine</b></li> <li>- <b>Lymphome malin non hodgkinien</b> (lymphome de MALT ) / <b>lymphome associé aux muqueuses</b></li> <li>- Tumeur <b>stromale</b> ou GIST</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Classification de Lauren</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Type intestinal glandulaire</b> : sujet âgé, bien ou moyennement différencié</li> <li>○ <b>Type diffus à prédominance de cellules indépendantes mucosécrétantes</b> incluant les limites : sujets jeunes, peu différencié</li> </ul> </li> <li>▪ Tumeurs épithéliales <b>malignes sont les + fréquentes</b> (90%)</li> </ul>
<p><b>Epidémiologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3<sup>ème</sup> rang des KC digestifs : incidence en baisse mais cancer fréquent et grave</li> <li>▪ 2<sup>ème</sup> cause de mortalité par KC : mortalité en baisse</li> <li>▪ 70 ans, H&gt;F, rare avant 50 ans</li> <li>▪ Survie 15% à 5 ans</li> <li>▪ ↑ incidence des cancers du cardia et de type diffus</li> <li>▪ ↓ incidence des formes distales et adénocarcinome de type intestinal</li> </ul>
<p><b>Facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Helicobacter pylori</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- BGN</li> <li>- Facteur étiologique principal de adénocarcinome gastrique ou du lymphome gastrique de MALT</li> <li>- Gastrite peut évoluer vers gastrite chronique atrophique, puis métaplasie puis dysplasie puis le cancer</li> <li>- &lt; 1 % des patients infectés développeront un cancer gastrique</li> <li>- Recherche systématique d'une infection à H. pylori chez apparentés du 1<sup>er</sup> degré de patients avec adénocarcinome gastrique ou un lymphome de MALT =&gt; test respiratoire à l'urée (&lt; 50 ans) ou FOGD (&gt; 50 ans)</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Facteurs génétiques</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Adénocarcinomes gastriques diffus héréditaires</b> : gène CDH1, transmission AD, dg évoqué (qd dans la famille 2 cas dont 1 &lt; 50 ans, ou 3 cas), association à d'autres cancers</li> <li>○ <b>Adénocarcinomes gastriques survenant dans le cadre de syndromes familiaux</b> : risque ↑ chez apparentés du 1<sup>er</sup> degré de patients ayant un cancer de l'estomac ou patients ayant <b>sd de Lynch/sd de HNPCC</b> ou patients atteints de <b>polypose adénomateuse familiale</b></li> </ul> </li> <li>▪ <u>Facteurs environnementaux</u> : <b>tabagisme, consommation élevée de sel et de nitrites, bas niveau socio-économique, faible consommation de fruits et légumes, surcharge pondérale</b> (pour adénocarcinomes de la jonction œsogastrique)</li> <li>▪ <u>Lésions précancéreuses</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gastrite chronique atrophique</b> et <b>métaplasie intestinale</b> par infection à H. pylori</li> <li>- <b>Maladie de Biermer</b></li> <li>- <b>Gastrectomie partielle</b> (stagnation du contenu de l'estomac dans le moignon restant)</li> <li>- <b>Ulcère gastrique</b> =&gt; contrôle endoscopique après fin du Tt</li> <li>- <b>Maladie de Ménétrier</b> (gastrite hypertrophique)</li> <li>- <b>Polypes gastriques adénomateux</b></li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Circonstances de découverte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sd <b>ulcéreux</b> ou sd <b>dyspeptique, dlr épigastrique</b></li> <li>▪ Sd <b>obstructif</b> si cancer situé au niveau des orifices (dysphagie pour le cardia, vomissements pour le pylore)</li> <li>▪ <b>AEG, anorexie, amaigrissement, asthénie</b></li> <li>▪ <b>Hémorragie digestive</b> occulte (anémie microcytaire ferriprive) ou extériorisée (hématémèse ou méléna)</li> <li>▪ <b>Péritonite</b> par perforation</li> <li>▪ <b>Métastase révélatrice</b> (hépatique, ggaire, ovarienne, carcinose péritonéale (ascite, nodule du cul-de-sac de Douglas et sd subocclusif)</li> <li>▪ Sd <b>paranéoplasique</b> : phlébite, fièvre, acanthosis migrans (zones de peau sombres et épaisses)</li> </ul>

Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pauvre le + souvent</li> <li>▪ <b>Masse épigastrique, hépatomégalie métastatique, gg de Troisier, ascite</b>, signes <b>d'hémorragie digestive</b> (méléna) et de <b>carcinose péritonéale</b> (nodules dans le cul-de-sac de Douglas perceptibles au TR)</li> </ul>							
Diagnostic positif	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>FOGD avec des biopsies</b> (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</li> <li>▪ Si doute : <b>échoendoscopie gastrique</b> (analyse des couches profondes de l'estomac + prlrvt)</li> </ul>							
Bilan d'extension	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>TDM abdomino-pelvien</b> : évaluation résécabilité + métastases éventuelles</li> <li>▪ <b>Echoendoscopie</b> : stade TNM, et si suspicion de linite</li> <li>▪ <b>Etat général, état nutritionnel, âge physiologique</b></li> </ul> <table border="1" data-bbox="309 495 1485 1032"> <tr> <td data-bbox="309 495 536 779"> <b>T : envahissement tumoral</b> </td> <td data-bbox="536 495 1485 779"> 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 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 779 536 925"> <b>N : envahissement ganglionnaire</b> </td> <td data-bbox="536 779 1485 925"> N1 : 1-2 gg lymphatiques régionaux  N2 : 3-6 gg régionaux  N3a : 7-15 gg régionaux  N3b : &gt; 15 gg régionaux </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 925 536 1032"> <b>M : dissémination métastatique</b> </td> <td data-bbox="536 925 1485 1032"> M0 : pas de métastase  M1 : métastase à distance </td> </tr> </table>		<b>T : envahissement tumoral</b>	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	<b>N : envahissement ganglionnaire</b>	N1 : 1-2 gg lymphatiques régionaux N2 : 3-6 gg régionaux N3a : 7-15 gg régionaux N3b : > 15 gg régionaux	<b>M : dissémination métastatique</b>	M0 : pas de métastase M1 : métastase à distance
<b>T : envahissement tumoral</b>	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							
<b>N : envahissement ganglionnaire</b>	N1 : 1-2 gg lymphatiques régionaux N2 : 3-6 gg régionaux N3a : 7-15 gg régionaux N3b : > 15 gg régionaux							
<b>M : dissémination métastatique</b>	M0 : pas de métastase M1 : métastase à distance							
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>RCP</b></li> <li>▪ Programme personnalisé de soins (<b>PPS</b>)</li> <li>▪ <b>Soins de support</b></li> <li>▪ Tumeurs limitées à la muqueuse (Tis et T1a) et lésions précancéreuses : <b>endoscopie interventionnelle (mucosectomie)</b></li> <li>▪ Autres stades non métastatiques : <b>exérèse chirurgicale avec curage ganglionnaire +/- chimio ou radiothérapie</b></li> <li>▪ Tt chirurgical : <b>exérèse complète + curage ganglionnaire</b> (au – 15 gg) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gastrectomie partielle avec anastomose gastrojéjunale</b> (KC de antre de type « intestinal »)</li> <li>- <b>Gastrectomie totale avec anse grêle montée en Y</b> (anastomose œsojéjunale) (autres localisations et tumeurs type « diffus »)</li> </ul> </li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fractionnement des repas</b> post-op (6-7 repas /j)</li> <li>▪ <b>Supplémentation B12</b> si gastrectomie totale</li> </ul>							
Pronostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A 5 ans : 15%</li> <li>▪ Si abs de gg envahis : 60%</li> <li>▪ Si classification N1 : 35%</li> <li>▪ Si classification N2 : 10%</li> </ul>							
Formes particulières	<b>Adénocarcinome du cardia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KC de la <b>jonction œsogastrique</b></li> <li>▪ Incidence en augmentation</li> <li>▪ <b>Dysphagie ++</b></li> <li>▪ <b>Tt : gastrectomie totale avec chimiothérapie péri-op</b> (si forme localement avancée)</li> </ul>						
	<b>Adénocarcinome superficiel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KC <b>ne dépassant pas la sous-muqueuse</b></li> <li>▪ Forme <b>pseudo-ulcéreuse</b> : aspect endoscopique d'ulcère superficiel +/- étendu</li> </ul>						

	<b>Linite gastrique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Adénocarcinome peu différencié, constitué de cell indptes + stroma fibreux</b></li> <li>▪ Sujets jeunes, F&gt;H</li> <li>▪ <b>AEG + amaigrissement</b> +/- signes d'occlusion haute</li> <li>▪ <b>Endoscopie : gros plis rigides sans lésion ulcéro-végétante</b> (insufflation complète de estomac n'est pas possible)</li> <li>▪ <b>Dg facilité par</b> : biopsies en puit, T DM thoraco-abdmno-pelvien (aspect figé, épaissi et rétréci de estomac), échoendoscopie gastrique (épaississement pari gastrique prédominante au niveau de la sous-muqueuse)</li> </ul> 
	<b>Lymphomes gastriques primitifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3% des tumeurs gastriques</li> <li>▪ Les + fréquents des lymphomes non hodgkiniens non ggaire</li> <li>▪ 2 types : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Lymphomes gastriques du MALT</b> : 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</li> <li>○ <b>Lymphomes gastriques à grandes cellules</b> : plus rares, tumeur volumineuse et ulcérée, Tt : polychimiothérapie</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeurs <b>mésenchymateuses malignes rares</b> aux dépends de la couche musculuse de l'estomac</li> <li>▪ <b>Immunohistochimie</b> : expression positive de <b>c-kit</b></li> <li>▪ <b>Asympto ++</b>, hémorragie digestive, masse palpable, perforation</li> <li>▪ <b>FOGD, échoendoscopie, TDM =&gt;</b> masse ronde sous-muqueuse parfois ulcérée + dvlpt endogastrique fréquent</li> <li>▪ <b>PEC : exérèse chirurgicale sans curage ggaire OU imatinib (Glivec®)</b> si non résécable/non métastatique</li> </ul>
	<b>Tumeurs endocrines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contexte <b>d'hypergastrinémie</b> : 2aire à achlorhydrie (maladie de Biermer) ou primaire (sd de Zollinger-Ellison)</li> <li>▪ <b>Multiples, petite taille, évolution lente</b>, méta exceptionnelles</li> <li>▪ Dérivée des <b>cellules dites Enterochromaffin-like (ECL)</b> (spécialisées dans sécrétion d'histamine)</li> <li>▪ E aussi tumeurs endocrines sporadiques (carcinomes endocrines peu différenciés mauvais pronostic)</li> </ul>