



## Cancer de l'estomac

[Quelle est la fréquence et l'épidémiologiques du cancer de l'estomac ?](#)

[Quels sont les symptômes pouvant révéler un cancer de l'estomac ?](#)

[Pourquoi faire une endoscopie en cas de suspicion de cancer gastrique ?](#)

[Quel bilan pratiquer en cas de cancer de l'estomac ?](#)

[Quels sont les principes du traitement du cancer de l'estomac ?](#)

[Quel est le pronostic du cancer de l'estomac ?](#)

[Qu'est ce qu'un adénocarcinome gastrique superficiel ?](#)

[Qu'est ce que la limite plastique ?](#)

[Qu'est ce qu'un lymphome gastrique ?](#)

[Hormis l'adénocarcinome, quelles sont les autres tumeurs de l'estomac ?](#)

### 2.8.1. Quelle est la fréquence et l'épidémiologiques du cancer de l'estomac ?

L'adénocarcinome gastrique se développe à partir de l'épithélium gastrique. Avec environ 9.000 nouveaux cas par an, le cancer de l'estomac se situe au cinquième rang des cancers en France. Sa fréquence a diminué durant les dernières années. Son âge moyen de survenue est de 70 ans avec une forte prépondérance masculine. En fait, deux types d'adénocarcinome gastrique peuvent être distingués selon leur localisation : les adénocarcinomes du cardia et les adénocarcinomes de l'estomac distal. L'adénocarcinome du cardia a une incidence qui reste stable ou en légère augmentation. Il se développe indépendamment de l'infection par *H. pylori* et serait favorisé par le RGO. L'adénocarcinome de l'estomac distal a une incidence qui diminue nettement et est lié à la gastrite atrophique induite par *H. pylori*. L'autre cause de gastrite chronique pouvant favoriser la survenue d'un cancer est la maladie de Biermer (atrophie fundique).

Les adénomes gastriques et la maladie de Ménétrier sont également des lésions précancéreuses mais de très faible prévalence.

Les facteurs favorisant du cancer gastrique sont de type alimentaire (consommation excessive de viande ou de poisson fumé et de sel) et le reflux biliaire gastrique (notamment en cas de gastrectomie partielle avec anastomose gastro-jéjunale).

### 2.8.2. Quels sont les symptômes pouvant révéler un cancer de l'estomac ?

La sémiologie clinique du cancer gastrique est non spécifique. Les signes d'appel peuvent être :

- un syndrome ulcéreux ;
- un syndrome dyspeptique ou une anorexie ;
- une complication hémorragique, une perforation... ;
- une altération de l'état général ;
- une anémie ;
- phlébite ;
- une métastase (hépatique, ganglionnaire, pulmonaire...).

Les adénocarcinomes situés au niveau des orifices (cardia ou pylore) peuvent, de plus, se manifester par un syndrome obstructif (dysphagie, vomissements...).

### 2.8.3. Pourquoi faire une endoscopie en cas de suspicion de cancer gastrique ? (figures 14> 15> 16> 17)

L'examen endoscopique est indispensable au diagnostic d'adénocarcinome de l'estomac. L'aspect habituel est une tumeur bourgeonnante ulcérée, généralement de grande taille, avec des bords surélevés. Les lésions peuvent avoir l'aspect d'une tumeur bourgeonnante sans ulcération ou d'une simple infiltration de la paroi. Seules les biopsies multiples (plus de dix) permettent le diagnostic d'adénocarcinome gastrique.

L'endoscopie permet d'évaluer l'extension tumorale notamment aux deux orifices.

### 2.8.4. Quel bilan pratiquer en cas de cancer de l'estomac ?

Il n'est pas nécessaire de pratiquer d'autres examens que l'endoscopie pour le bilan gastrique de l'extension du cancer.

L'extension lymphatique est recherchée par l'examen physique (ganglion de Troisier), par l'échographie à la recherche d'adénopathies intra-abdominales. Les métastases viscérales sont recherchées par une radiographie pulmonaire de face et de profil, une échographie hépatique et éventuellement une scanographie thoracique et abdominale.

La synthèse du bilan d'extension est faite actuellement dans le cadre de la classification TNM.

Le bilan d'opérabilité consiste à apprécier :

- le retentissement nutritionnel jugé surtout sur l'amaigrissement ;
- l'âge ;

– les fonctions hépatique et respiratoire.

### 2.8.5. Quels sont les principes du traitement du cancer de l'estomac ?

Le traitement à visée curative reste basé sur l'exérèse chirurgicale : gastrectomie partielle si possible ou totale si nécessaire avec curage ganglionnaire. La gastrectomie partielle est suffisante pour les cancers distaux. La gastrectomie totale est nécessaire pour les cancers de la partie supérieure de l'estomac et du cardia. Le curage ganglionnaire est associé à l'exérèse gastrique. Son étendue est limitée habituellement à 2 relais, ces derniers étant variables selon la situation du cancer sur l'estomac. Ce curage permet une stadification précise du cancer. L'extension de l'exérèse à la rate, au pancréas voire au colon n'est envisagée qu'en cas de nécessité. Aucune chimiothérapie adjuvante n'a fait la preuve de son efficacité.

Le traitement palliatif de l'adénocarcinome gastrique peut comporter :

- l'exérèse de la tumeur gastrique lorsqu'elle est possible, dans le but d'éviter les complications (obstruction, hémorragie) ;
- une chimiothérapie. Il n'existe actuellement pas de protocole faisant l'objet d'un consensus. L'amélioration obtenue sur la survie et sur la qualité de vie par rapport à un simple traitement symptomatique est modérée.

### 2.8.6. Quel est le pronostic du cancer de l'estomac ?

L'adénocarcinome gastrique est un cancer de pronostic sombre.

Après exérèse chirurgicale, le pronostic dépend de l'existence ou non de tumeur résiduelle et de l'extension ganglionnaire trouvée sur la pièce opératoire. La survie à 5 ans est de 60 à 80 % en l'absence d'envahissement ganglionnaire et n'est que de 15 % si plus de 20 % des ganglions examinés sont envahis. En présence de métastases, la survie à 5 ans est nulle.

### 2.8.7. Qu'est ce qu'un adénocarcinome gastrique superficiel ? (figure 17)

L'adénocarcinome superficiel de l'estomac est un adénocarcinome ne dépassant pas la sous-muqueuse. Il se manifeste souvent pendant plusieurs années sous une forme pseudo-ulcéreuse, sensible au traitement antisécrétoire. A l'endoscopie, il se manifeste sous la forme d'ulcères superficiels plus ou moins étendus entourés d'une muqueuse légèrement boursoufflée. Il est fréquemment révélé par une hémorragie digestive. Bien que souvent étendu en surface, le traitement chirurgical de l'adénocarcinome gastrique superficiel est le plus souvent efficace avec une survie à 5 ans supérieure à 90 %.

Sur le plan histologique, il se présente parfois sous une forme particulière avec des cellules indépendantes en bague à chaton qui n'ont pas de signification péjorative sur le plan pronostique dans le cadre de ce cancer superficiel.

### 2.8.8. Qu'est ce que la limite plastique ? (figure 15)

C'est un adénocarcinome peu différencié constitué le plus souvent de cellules en bague à chaton envahissant les différentes couches de la paroi sans les détruire, associées à un stroma fibreux épais. Sur le plan clinique, la limite plastique se révèle par une altération importante de l'état général avec amaigrissement et parfois diarrhée. A l'endoscopie, le diagnostic est difficile du fait du respect fréquent de la muqueuse. Les biopsies sont souvent négatives et doivent être multiples. L'échoendoscopie gastrique peut être utile à la mise en évidence d'une infiltration plus ou moins massive de la paroi touchant dans un premier temps la troisième couche hypoéchogène (sous-muqueuse) et pouvant intéresser l'ensemble de la paroi gastrique. Le transit œsogastroduodénal peut être utile dans cette indication en montrant un aspect figé et rétréci de l'estomac. L'exérèse chirurgicale est rarement curative et le pronostic est généralement mauvais.

### 2.8.9. Qu'est ce qu'un lymphome gastrique ? (figures 18> 19)

Les lymphomes gastriques représentent 3 % des tumeurs malignes gastriques, mais sont les plus fréquents des lymphomes non hodgkiniens non ganglionnaires. Ils peuvent être de deux types : lymphomes gastriques du MALT (*mucosa associated lymphoid tissue*) à petites cellules de bas grade de malignité et lymphomes à grandes cellules de haut grade de malignité.

Le lymphome gastrique à petites cellules se présente sous la forme de lésions pseudo-gastriques, ulcéreuses ou tumorales à l'endoscopie. Le développement de ce lymphome est lié à l'inflammation gastrique induite par l'infection à *H. pylori* avec développement de la séquence d'événements suivants : colonisation de la muqueuse par la bactérie, réaction inflammatoire lymphoplasmocytaire, formation secondaire de nodules lymphoïdes et prolifération d'un clone cellulaire. L'éradication de l'infection à *H. pylori* peut faire régresser le processus tumoral. Le lymphome gastrique à grandes cellules se présente sous la forme d'une tumeur généralement volumineuse et le plus souvent ulcérée à l'endoscopie. La simple éradication de l'infection à *H. pylori* suffit pas à faire régresser les lésions. Le traitement n'est pas bien codifié. Il comporte habituellement une chimiothérapie, parfois associée à une radiothérapie et/ou une intervention chirurgicale.

### 2.8.10. Hormis l'adénocarcinome, quelles sont les autres tumeurs de l'estomac ? (figures 20> 21)

Les autres tumeurs malignes de l'estomac sont les tumeurs conjonctives et les métastases d'autres cancers. Les tumeurs bénignes de l'estomac sont développées aux dépens de la muqueuse (adénomes) ou des autres éléments de la paroi gastrique (tumeurs stromales). Ces dernières sont très souvent latentes, ou découvertes à l'occasion de douleurs et/ou d'hémorragie. L'échoendoscopie peut être utile pour authentifier le caractère muqueux ou sous-muqueux des tumeurs et pour juger de leur extension.

Les adénomes doivent être extirpés car ils peuvent dégénérer. Ils peuvent parfois bénéficier d'une exérèse endoscopique ou nécessiter un traitement chirurgical.

Les tumeurs stromales nécessitent une exérèse chirurgicale limitée.

Le pancréas aberrant est fréquent et ne dégénère pas. Il ne nécessite ni biopsie ni exérèse.