

INTRODUCTION

Chirurgie = seul traitement curatif de l'adénocarcinome de l'estomac

Le type d'intervention dépend de la situation, du type histologique et de l'envahissement locorégional du cancer

Nécessité d'un bilan pré thérapeutique complet

Le traitement chirurgical curatif comprend :

- Gastrectomie partielle ou totale plus ou moins élargie aux organes de voisinage, avec rétablissement de la continuité digestive
- Lymphadénectomie plus ou moins étendue à visée diagnostique et thérapeutique

BILAN PRE THERAPEUTIQUE

Bilan pré opératoire:

endoscopie + biopsie

écho endoscopie

scanner thoraco-abdominal

Bilan per opératoire: laparotomie exploratrice

exploration de la cavité péritonéale

biopsie d'éventuels nodules de carcinose

pour certains:échographie per opératoire et lavage péritonéal

REGLE CARCINOLOGIQUE

Marge de résection de 5 cm*

Chirurgie curative si résection R0

Chirurgie palliative si résidu tumoral -microscopique R1
-macroscopique R2

-Gastrectomie totale : Gold standard ?

-Pourtant dans certaines indications, la réalisation d'une gastrectomie partielle est possible

-Sans diminution de la survie

-Avec diminution de la morbidité

-Avec augmentation de la qualité de vie.

** Maruyama, world j surg, 1987*

INDICATION DES GASTRECTOMIES PARTIELLES

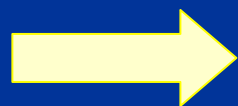
-Méta-analyse de la FNCLC en 2003 sur deux séries.

787 patients atteints d'adénocarcinome différencié de l'antré*

Comparaison randomisée entre gastrectomie totale et partielle

Pas de différence statistiquement significative en terme de mortalité, de morbidité et de survie à 5 ans entre les deux techniques.

-Les gastrectomies partielles permettent une meilleure qualité de vie que les gastrectomies totales **



Gastrectomie partielle dans les tumeurs du tiers distal

* *Gouzi, Ann Surg 1989; Bozzetti Ann Surg 1999*

** *Davies, World J Surg 1998*

INDICATION DES GASTRECTOMIES PARTIELLES

Cas particulier du cancer gastrique superficiel

cancer muqueux, bien différencié, non ulcéré, <1cm:

➔ chirurgie avec une marge de résection de 2cm*
sans lymphadénectomie*

.Conservation pylorique possible

.gastrectomies atypiques (wedge résection)

cancer de plus de 1 cm, ulcéré.

Gastrectomie conventionnelle pour cancer.

**Namieno, world j surg 1998.*

INDICATION DES GASTRECTOMIES TOTALES

La gastrectomie totale est toujours indiquée dans :

- la limite gastrique :caractère infiltrant et diffus
- Les adénocarcinomes différenciés des tiers moyens et supérieurs de l'estomac.

La gastrectomie totale peut être élargie pour résection R0

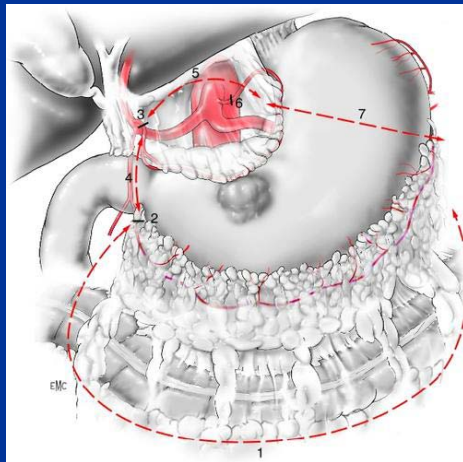
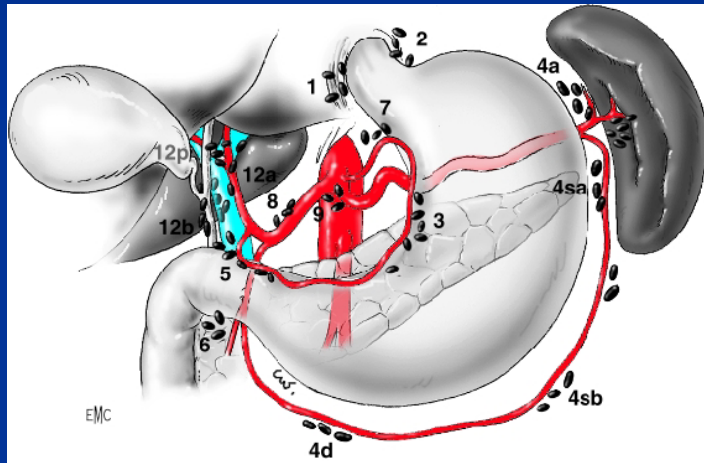
- aux organes de voisinage atteints pour tumeur T4/M0.
Splénectomie, hépatectomie gauche, colectomie transverse, spléno pancréatectomie caudale, DPC.

Survie à 5 ans :48%.*

- à la rate pour lymphadénectomie type D2.

PARTICULARITE de la GASTRECTOMIE pour CANCER

...LA LYMPHADENECTOMIE



- exérèse du grd épiploon
- Ligature à l'origine de l'artère gastroépiploïque droite, gastrique droite et gauche
- Section et exérèse du petit épiploon au bord du foie et le long de l'artère hépatique propre
- Section duodénale à 2 cm du pylore
- Section oesophagienne à 2 cm du cardia

RETABLISSEMENT DE CONTINUITE

Après gastrectomie partielle pour cancer distal:

bilroth 1 (anastomose gastroduodénale)

bilroth 2 (anastomose gastrojéjunale)

pas d'avantage fonctionnel entre méthode Bilroth I et II *



Pas d'attitude standard:

privilégier la technique habituelle du chirurgien

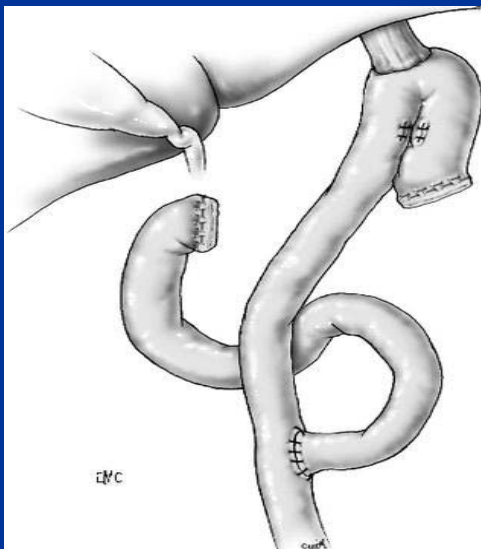
**Chareton. Journal of the American College of Surgeons, 1996*

RETABLISSEMENT DE CONTINUITE

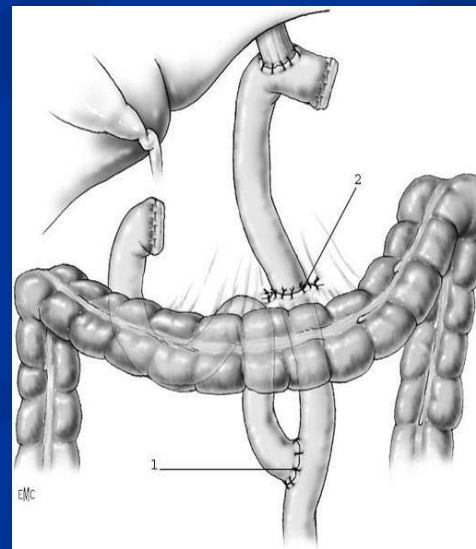
Après gastrectomie totale:

➔ anastomose oeso jéjunale
Par anse en Y à la Roux
(avec ou sans réservoir)

Avec réservoir

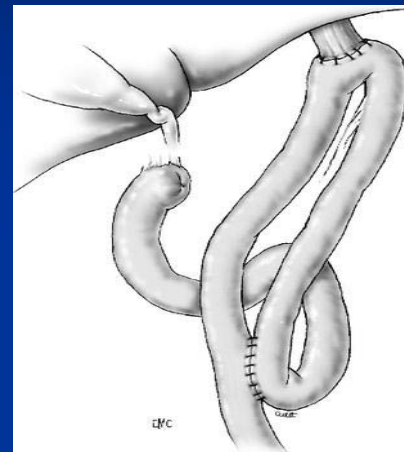


Sans réservoir

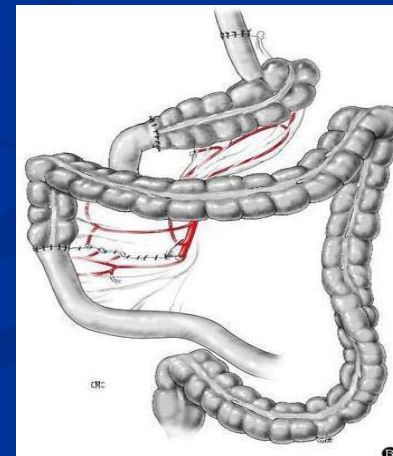
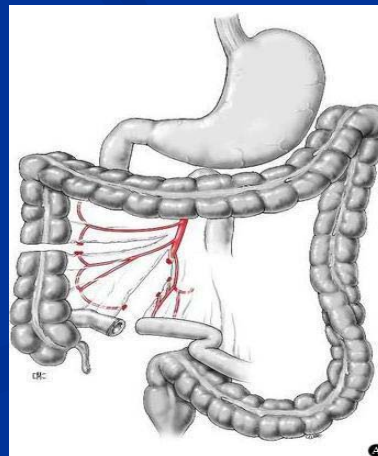


RETABLISSEMENT DE CONTINUITE

➔ anastomose oeso jéjunale
par anse en Omega
(avec ou sans réservoir)



➔ confection de réservoir
iléo caecal



RETABLISSEMENT DE CONTINUITE

Pour certains auteurs,

1. le réservoir améliore la qualité de vie par rapport à l'anse en Y*

- .diminution du reflux
- .diminution du dumping syndrome
- .moins de perte de poids

2. il n'y a pas de différence entre les techniques**



Pas d'attitude standard:

privilégier la technique habituelle du chirurgien

**Ilivonen, Scand J Gastroenterol 2000*

***Svedlund, world j surg, 1997*

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Forme résécable non métastatique.

distale: gastrectomie des 4/5eme et lymphadénectomie.

proximale: gastrectomie totale et lymphadénectomie.

Forme résécable avec métastase résécable

résection puis chimiothérapie

Forme résécable avec métastase non resecable

exérèse de propreté et/ou chimiothérapie.

Forme non resecable non métastatique

Pas de standard

Essai traitement néo adjuvant puis reprise chirurgicale

bibliographie

- Encyclopédie médico chirurgicale, techniques chirurgicale appareil digestif.
- Recommandation pour la pratique clinique : standards, options et recommandation 2003 pour la prise en charge des patients atteints d'adénocarcinomes de l'estomac. Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer .
- Bozzetti F, *J Am Coll Surg* 1996 ; 183 : 243-248
- Davies ,. *World J Surg* 1998 ; 22 : 1048-1055
- Maruyama *Semin Oncol* 1996 ; 32 : 360-368
- Namieno T,. *World J Surg* 1998 ; 22 : 859-864
- Sakamoto T *Ann Surg* 1997 ; 226 : 139-145
- Svedlund J, *World J Surg* 1997; 21 : 422-33
- Bozzetti F,. *Ann Surg* 1999;230(2):170-8.
- Maruyama K,. *World J Surg* 1987;11(4):418-25.
- Msika S, *Eur J Cancer* 2000;36(3):390-6.
- Iivonen MK, *Scand J Gastroenterol* 2000;35(7):679-85.

INDICATION DES GASTRECTOMIES PARTIELLES

- Les tumeurs distales
- Marge de resection : 5 cm.maruyama1987.
- Marge de résection sur le duodénum est de 2 cm.
 - car le pylore serait une barrière efficace à l 'extension tumorale.
- Gastrectomie partielle des 4/5emes envisageable pour les tumeurs distales.

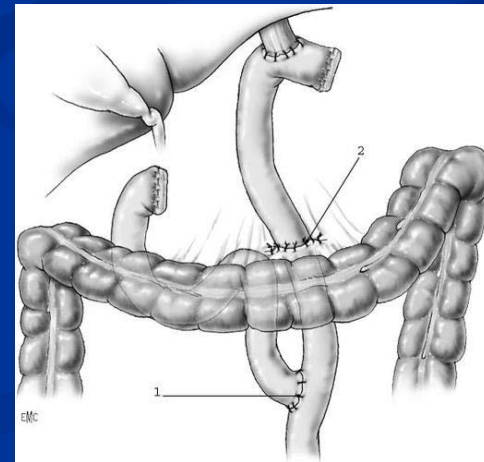
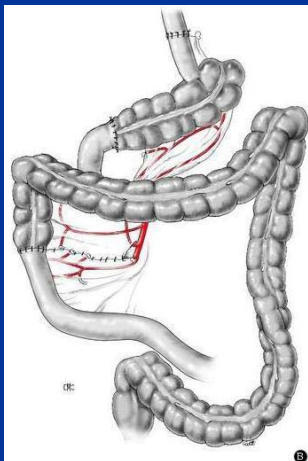
- Après gastrectomie partielle des 4/5èmes:
 - Anastomose gastro-duodénale selon Billroth 1
 - Anastomose gastrojéjunale selon Billroth 2

Les différents types de gastrectomies

- Gastrectomie totale associée à un curage monobloc.
- Indication:
 - tumeur tiers proximale ou moyen
 - Tumeur infiltrante et diffuse (limite gastrique)

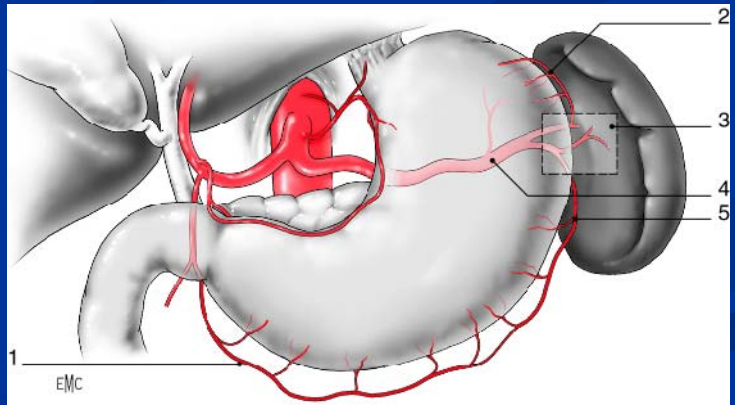
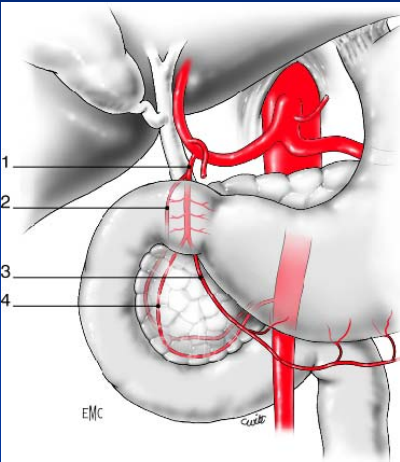
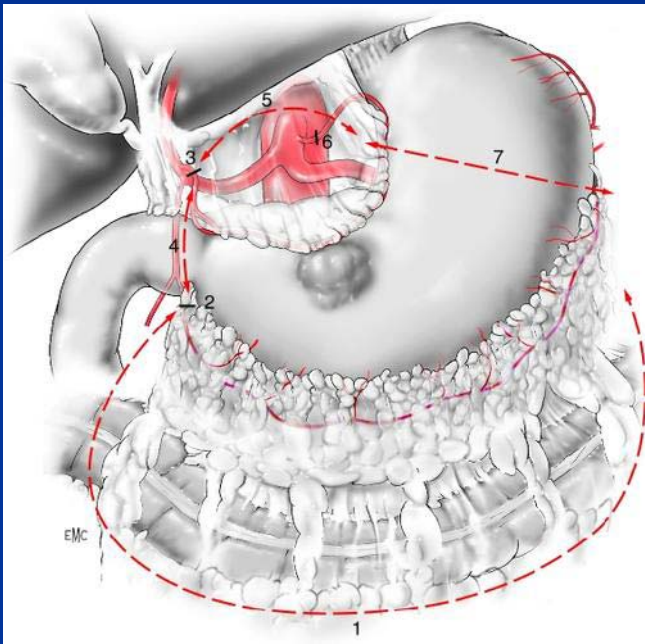
- Section oesophagienne à 2 cm du cardia
- Section duodénale à 2 cm du pylore

- Retablisement de continuité digestive par différent procédés.
 - anastomose oeso jéjunale
 - par anse en Y ou Omega avec ou sans réservoir
 - réservoir iléo caecale.



Les différentes types de gastrectomies

- gastrectomie partielle des 4/5emes associée à un curage ganglionnaire en monobloc.
- Indication
 - Tumeur tiers proximale
 - Marge de resection proximale de 5 cm.
 - Marge de resection duodenale de 1 cm.
- Section proximale à au moins 5 cm la tumeur.
- Section duodenale à au moins 2 cm du pylore.
- Retablisement de continuité digestive par différent procédés
- Anastomose
 - gastro duodenale, billroth 1
 - gastro jéjunale, billroth 2 , se



Ref		n	Type	Survie à 5 ans	Morbidité	mortalité
GOU ZI	Antre D1	76	Totale	NS	32	1.3
	Antre D1	93	Partielle	NS	34	2
bozzet ti	Antre D2	303	Totale	62	13	2
	Antre D2	315	Partielle	65	9	1

Les différents types de gastrectomies

Ref	Localisation et curage	effectif	Type	Survie à 5 ans	Morbidité	Mortalité
-----	------------------------------	----------	------	-------------------	-----------	-----------

INDICATION DES GASTRECTOMIES

■ GASTRECTOMIE TOTALE

■ indication

- limite gastrique quelque soit la localisation
- tumeur proximale de l'estomac (cardia exclu)

■ GASTRECTOMIE PARTIELLE des 4/5emes.

- Moins morbide que la GT.
- Nombreuse études étudians la GP dans les adk distaux.
- Standard dans cette indication.
 - Tumeur distale

■ GASTRECTOMIE ATYPIQUE

FORMES AGRESSIVES

- Linite gastrique: tumeur infiltrante
- gastrectomie totale quelque soit la localisation

FORMES RESECABLE NON METASTATIQUE

- Linite gastrique
 - standard: gastrectomie totale
- tumeur proximale
 - standard: gastrectomie totale avec anastomose oeso jejunale par anse en Y de Leroux, associé a un curage monobloc.

FORMES RESECABLE NON METASTATIQUE

- Tumeur distale
 - de nombreuses études ont comparées gastrectomie partielle et gastrectomie totale.

FORMES RESECABLE AVEC DECOUVERTE PEROP DE METASTASE

- Pas de standard
- accord d'expert:
 - si la

- tumeur distale:
- etude comparative entre gastrectomie totale et partielle des 4/5eme
- gouzi 1989
- bozzetti 1997
- aucune difference significative de survie globale à 5 ans de mortalité et de morbidité n a été retrouvé dans les 2 groupes.

LINITE GASTRIQUE



Adenocarcinome de l'estomac

