

Cancer du moignon gastrique

BEAULIEU Anthony - Poitiers

Cours DESC chirurgie viscérale

Brest juin 2005

Définition

- 2 critères principaux
 - Lésion initiale bénigne
 - Apparition au moins cinq ans après la gastrectomie initiale

Épidémiologie (1)

- Cancer rare
 - 2,5 à 5% des gastrectomies ou des gastroentéroanastomoses
 - Incidence semble identique à celle du cancer gastrique sur estomac non opéré jusqu'à 15 ans après chirurgie initiale
 - Risque multiplié par 4,5 à 6 fois ensuite
- Mauvais pronostic
- Développement tardif
 - en moyenne 30 ans après l'intervention initiale
 - Quelques formes précoces avant 10 ans
- Age moyen lors du diagnostic entre 60 et 70 ans

Épidémiologie (2)

- Pas d'influence de la technique chirurgicale ¹
- 95% adénocarcinomes, 5% formes linitiques ²
- Localisations ³
 - Région anastomotique 37%
 - Cardia 19%
 - Corps estomac restant 12%

1. Topart, Monographie AFC 1998; Tersmette, Cancer research 1990

2. Dilin J Chir 1985

3. Sasako Br J Surj 1991

Physiopathologie

- Pas d'explication univoque
 - l'achlorhydrie
 - Reflux biliopancréatique
 - Virus d'Epstein Barr ²
 - Helicobacter pylori
 - Autre hypothèse

2. Zur Hausen, J Clin Pathol 2004

Diagnostic (1)

- Témoins d'une évolution locale importante
 - 80% invasion de la séreuse
 - 36% métastatiques
 - 75% envahissement ganglionnaire
- Clinique
 - Signes d'apparition tardive
 - Dyspepsie récente
 - Douleur
 - Hémorragie
 - dysphagie
 - Altération de l'état général
- Envahissement des organes de voisinage 40 à 50% des cas lors du diagnostic

Diagnostic (2)

- Endoscopique
 - Biopsies zones suspectes avec examen anatomopathologique
- Transit oeso-gastro-duodénal
 - Pas de première intention
 - Image lacunaire, plus ou moins proche de l'anastomose
- Bilan d'extension standard



D'après, Zerbib, Ann Chir 2003.

Diagnostic (3)

- Anatomopathologie
 - Caractéristiques identiques aux cancers sur estomac non opérés
 - 95% adénocarcinomes, 5% formes linitiques
 - répartition stades et dissémination ganglionnaire identiques cancers gastriques

Diagnostic (4)

- Facteurs de mauvais pronostic
 - » Envahissement de la séreuse
 - » Envahissement ganglionnaire
 - » Taille tumorale > 5cm
 - » Extension à l'œsophage ou au jéjunum
- à stade égal, pronostic semblant identique à l'adenocarcinome sur estomac non opéré

Traitement (1)

Traitement curatif

- AUCUNE indication de résection partielle (localisations péri anastomotiques)
- TOTALISATION de la gastrectomie reste le traitement de référence
- Association avec curage ganglionnaire artère et du hile splénique (groupes 10 et 11)
- Geste à adapter en fonction de l'envahissement local

Traitement (2)

Traitement palliatif

- Si chirurgie envisagée, exérèse à moduler selon envahissement local
- Balance risque chirurgical / amélioration symptômes et qualité de vie

Pronostic

- Survie à 5 ans
 - Délai apparition de la récurrence
 - Dépendante de la localisation tumorale
 - » Estomac restant > cardia > région anastomotique
- Geste chirurgical effectué
- 40 % si exérèse radicale tumeurs peu évoluées
- Stade IV 46%.....9%.....0

Dépistage (1)

- Endoscopies régulières avec biopsies systématiques
- Justifié par le mauvais pronostic

Dépistage (2)

- Délai de développement du cancer
- Involution spontanée lésions dysplasiques
- Coût
- Nette diminution des indications de gastrectomies partielle
- Envisageable zones de forte incidence cancer gastrique

Conclusion

- Cancer rare
- Mauvais pronostic
- Chirurgie lourde pour des lésions peu évoluées avec résultats prometteurs
- Dépistage à partir de 10 ans de recul sur des populations sélectionnées