

République Algérienne Démocratique Et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique



Université Abou Bekr Belkaid Tlemcen
Faculté De Médecine



Thème

CANCER DE L'ESTOMAC

Service de Gastro- Entéro-Hépatologie

C.H.U de Tlemcen

Année Universitaire 2013-2014

Encadré Par: **Dr. DIB. FADEL**

Présenté Par: **BELGHARBI Schahrazède**

Remerciements

Au terme de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mes sincères remerciements à mon encadreur Dr Dib Fadel Pour tout le soutien, l'aide, l'orientation, la guidance qu'il m'a apportés durant toute la période de mon stage effectué au sein du service de gastro-entérologie.

Je remercié également :

Le chef de service, Ensemble du personnel médical et paramédical du service.
Toutes les personnes qui ont contribué pour la réussite de mon stage ainsi que ma grande et ma petite famille.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
II- GENERALITES	3
1- Rappels	3
2-Epidémiologie	10
3-Etiologies	10
4-Signes cliniques	12
5-Examens complémentaires	12
6-Formes particulières	14
7-Autres types histologiques	14
8-Anatomie pathologique	16
9-Traitement	21
10-Pronostic	22
III-PATIENTS ET METHODES	23
IV-RESULTATS	24
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	39
VI-CONCLUSION	40
VII-RECOMMANDATIONS	41
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42

I- INTRODUCTION

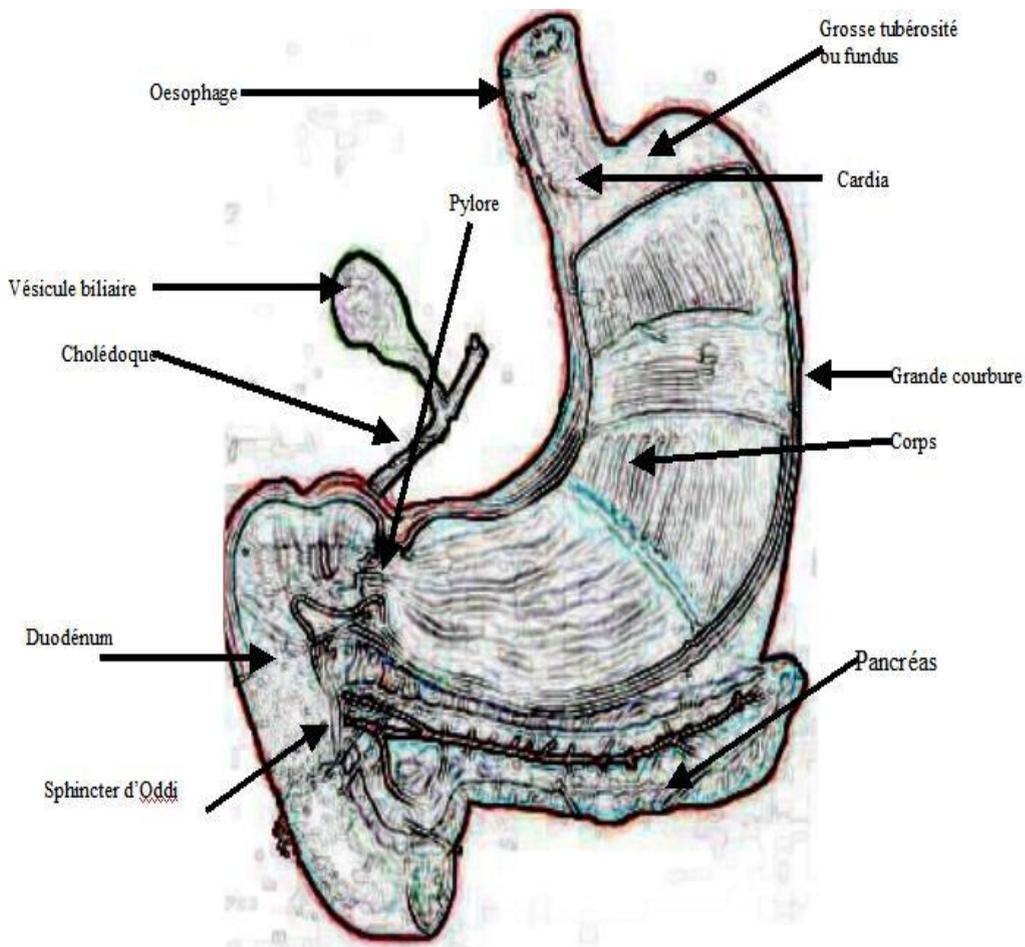
Les cancers de l'estomac sont des tumeurs malignes qui se développent à partir des structures histologiques de l'estomac (tumeurs primitives) ou provenant d'autres organes (tumeurs secondaires). L'adénocarcinome gastrique représente 90% des formes histologiques des tumeurs malignes de l'estomac. Dans plus de 85% des cas, le cancer gastrique est découvert à un stade avancé. Les formes superficielles c'est-à-dire ne dépassant pas histologiquement la sous muqueuse ne représentent pas plus de 10% des cas diagnostiqués en Europe. Les tumeurs malignes non épithéliales sont soit d'origine lymphoïde (lymphome) soit d'origine mésenchymateuse (sarcome). Malgré la diminution des formes antro-pyloriques, l'incidence du cancer de cardia est en augmentation. Les cancers gastriques restent la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde. Leur fréquence varie d'un pays à l'autre. En France, il se situe derrière les cancers recto-coliques, les cancers mammaires et les cancers bronchiques. Selon les données du registre des cancers en Algérie, ils occupent le 2^{ème} rang des cancers chez l'homme après le cancer du foie, et le 3^{ème} rang de cancer chez la femme après ceux du col utérin et du sein. En Algérie, plusieurs études ont porté sur les aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques. Devant le faible échantillonnage de ces études, des variations aussi importantes de l'incidence du cancer gastrique en Algérie l'alimentation de notre population riche en substances classiquement cancérigènes nous avons initié ce travail et nos objectifs étaient :

OBJECTIFS :

- Déterminer la fréquence du cancer de l'estomac.
- Apprécier les signes cliniques rencontrés.
- Déterminer les différents types histologiques du cancer de l'estomac.

II-GENERALITES SUR LES CANCERS DE L'ESTOMAC :

1. RAPPELS ANATOMIQUES :



Rapports anatomiques de l'estomac

1.1 Situation :

L'estomac est une vaste poche dilatée, disposée dans l'abdomen entre l'œsophage et le duodénum. C'est un organe réservoir où les aliments vont être modifiés mécaniquement et biologiquement. Il est situé dans la partie supérieure de la cavité abdominale à gauche de la ligne médiane : Ses 2/3 supérieurs sont dans l'hypochondre gauche et son 1/3 inférieur est dans l'épigastre L'estomac ne dépasse pas le plan sous costal, mais à l'examen TOGD il peut descendre en dessous de l'ombilic.

1.2 Dimension :

L'estomac est très extensible et sa dimension varie avec la réplétion. C'est une poche de 25cm de longueur, 10 -12cm de largeur, 8cm d'épaisseur et 30ml de capacité à la naissance et chez l'adulte 1,5 à 2 litres de capacité.

1.3 Configuration :

- **Externe** : Il comprend une portion verticale qui correspond au corps une portion horizontale ou antrale qui se termine par le pylore

- **Interne** : La muqueuse est rouge chez le vivant, parcourue par des plis qui peuvent être effacés par la réplétion gastrique. Après la mort elle devient rapidement grisâtre.

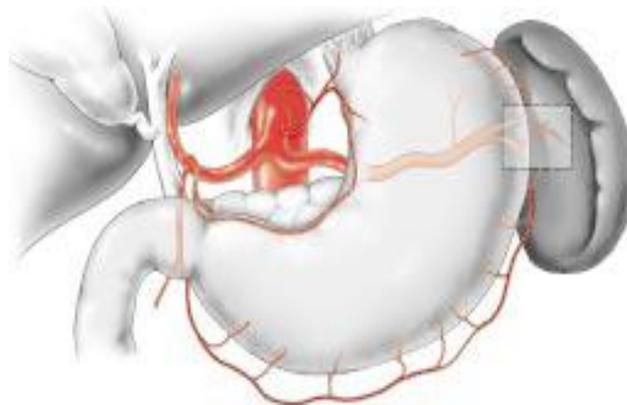
1.4 Vascularisation et innervation :

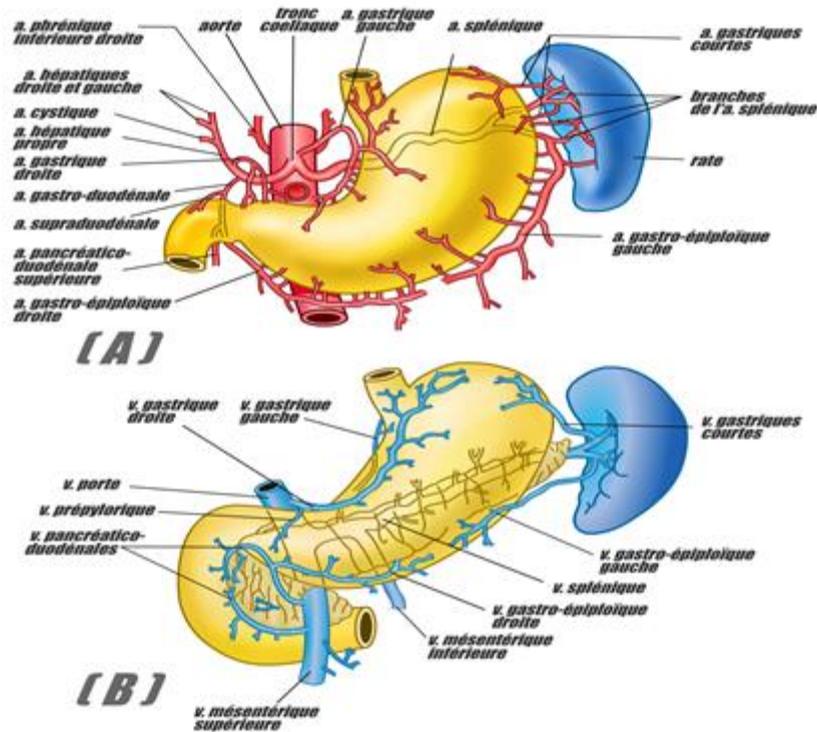
L'estomac est vascularisé directement ou indirectement par le tronc cœliaque. Cette vascularisation de l'estomac est très dense ainsi que le système lymphatique qui double le système artério-veineux . Cela explique la grande fréquence de l'envahissement ganglionnaire constaté lors de l'examen histologique des fragments ganglionnaires.

Vascularisation de la petite courbure



Vascularisation artérielle de la grande courbure





L'innervation extrinsèque est assurée par le pneumogastrique et par le système Sympathique. L'innervation intrinsèque est assurée par les plexus nerveux fait d'amas cellulaires réunis Par des faisceaux de fibres amyéliniques, auxquels aboutissent des fibres sympathiques et Parasymphatiques.

2. RAPPELS HISTOLOGIQUES :

L'estomac possède une paroi faite de quatre (4) tuniques, représentées de l'intérieur vers l'extérieur par :

- ❖ La muqueuse
- ❖ La sous muqueuse
- ❖ La musculuse
- ❖ La séreuse

2.1 La muqueuse gastrique :

De 0,3-1mm d'épaisseur, elle est constituée d'un épithélium de surface cylindrique muco-sécrétant qui s'invagine en cryptes et de glandes spécialisées : cardiales ;fundiques et antrales. Entre les cryptes et les L'épithélium de surface et cryptes :



Coupe transversale d'un épithélium

L'estomac est bordé par un épithélium simple cylindrique muco sécrétant présentant de nombreuses invaginations dans un plan conjonctif plus profond appelé chorion. Ces invaginations sont les cryptes gastriques, au fond desquelles s'ouvrent des glandes tubuleuses. Les cryptes sont moins profondes dans les zones cardiales et fundiques que dans la muqueuse antrale. Les cellules épithéliales superficielles entre les cryptes sont hautes de plus de 20 microns, étroites à leur base. Elles sont plus basses et cylindriques dans les cryptes. Toutes les cellules ont un noyau basal et leur pôle apical est bourré de gouttelettes de mucus.

*** Le chorion :**

Il comprend : les cellules, les vaisseaux, les nerfs, les fibres conjonctives et musculaires situés entre les glandes et s'étend en hauteur de l'épithélium superficiel jusqu'à la musculaire muqueuse. Il est réduit en fonction du tassement des glandes.

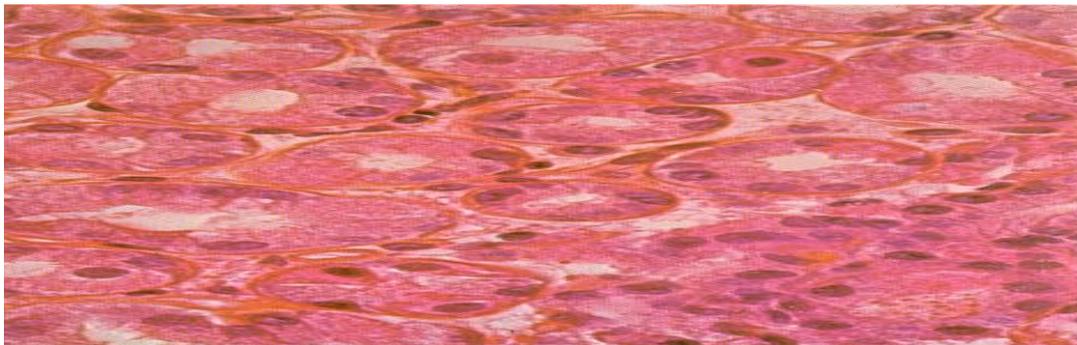
Il comprend des fibres collagènes groupés en faisceaux et disposés en un réseau irrégulier, où se trouvent des capillaires sanguins et lymphatiques, des filets nerveux et des cellules isolées : fibroblastes, lymphocytes, mastocytes, et quelques plasmocytes. En profondeur au contact de la musculaire muqueuse, et surtout dans la muqueuse pylorique, peuvent exister des follicules lymphoïdes.

**** Les glandes et leurs cellules**

*** cardiales :**

Les glandes peu nombreuses accusent chez l'homme une bande de quelques millimètres autour de la jonction oesogastrique. Elles sont formées par des tubes anastomosés (glandes tubuleuses composées), serrés les uns contre les autres. Les cellules des glandes cardiales ressemblent aux cellules à mucus des glandes fundiques et des glandes pyloriques. Elles contiennent des mucines neutres

*** Fundiques :**

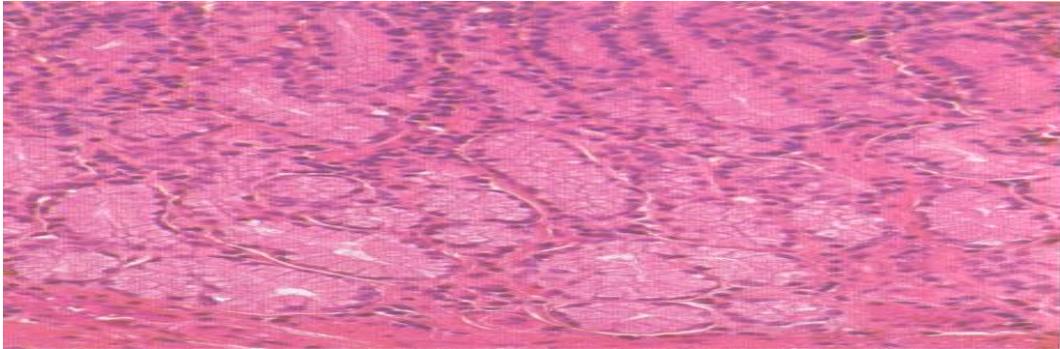


Coupe transversale de la muqueuse fundique.

Ce sont des glandes tubuleuses simples et rectilignes. Les cellules des glandes fundiques sont de trois types :

- ❖ Les cellules à mucus
- ❖ Les cellules pariétales ou cellules principales
- ❖ Les cellules bordantes. Les éléments de chaque type siègent dans les glandes à un niveau préférentiel.

**** Les glandes pyloriques ou antrales :**



Coupe transversale de la muqueuse pylorique

Les glandes tubuleuses composées sont suspendues en grappe au fond des cryptes. Les cellules des glandes pyloriques sont composées de cellules exocrines et endocrines. Dans ces dernières se trouvent les cellules sécrétrices de la gastrine. Les exocrines élaborent des mucines qui occupent la partie apicale du cytoplasme.

**** La musculaire muqueuse :**

C'est une bande musculaire lisse constituée de deux couches : une circulaire interne, une longitudinale externe qui contient de part et d'autre des cellules musculaires lisses à disposition circulaire. Cette couche est traversée par des éléments vasculo-nerveux.

**** La sous muqueuse :**

Elle est constituée d'un tissu conjonctif assez dense, riche en plasmocytes, en mastocytes, en lymphocytes isolés et en polynucléaires éosinophiles. Sa laxité permet la mobilisation de la muqueuse, mais constitue aussi une voie d'extension pour le processus d'envahissement cancéreux.

**** La musculuse :**

L'estomac est le seul segment du tube digestif dont le musculuse est faite de trois couches de muscles lisses :

- ❖ Une interne oblique
- ❖ Une moyenne circulaire
- ❖ Une externe longitudinale

**** La séreuse :**

C'est une tunique externe formée par l'épithélium de revêtement simple pavimenteux péritonéal. Il est séparé de la couche musculaire par du tissu conjonctif et par un peu de tissu graisseux.

2. EPIDEMIOLOGIE :

Le cancer de l'estomac se situe au 2eme rang des cancers dans le monde, avec environ 755000 nouveaux cas par an. Les deux pays où l'incidence est la plus élevée sont le Japon et le Chili (80 pour 100000 habitants) ; viennent ensuite l'Islande, la Chine et l'Autriche. Aux Etats-Unis le taux de mortalité est de 7,5 hommes et de 3,7 femmes pour 100000habitants. L'Europe de l'ouest et les pays d'Amérique du nord se situent dans les pays à risque majeur ; l'Europe orientale et l'Amérique du sud ont une incidence plus élevée. En Afrique, l'incidence est de 4 pour 100000 habitants. Dans la plupart des pays, le sexe ratio est proche de 2,5 en faveur de l'homme et il s'agit d'un cancer touchant les classes sociales à bas revenu, sans distinction nette entre l'origine rurale et urbaine . Ces variations sont dues à des facteurs carcinogènes liés à l'environnement notamment alimentaires.

3. ETIOLOGIES :

Devant des variations aussi importantes de l'incidence du cancer gastrique notées en moins de soixante (60) ans, différents facteurs favorisants ont été incriminés. Les principaux sont : l'environnement, la diète, la race, le sexe, et l'hérédité. Le rôle de l'*Helicobacter pylori* est également décrit parmi les conditions précancéreuses.

3.1 L'environnement :

La présence excessive de nitrates dans le sol et dans l'eau a été tenue responsable de l'incidence élevée de cancer dans certaines régions.

3.2 La diète :

Les aliments les plus fréquemment incriminés par les épidémiologistes sont : Les poissons et les viandes fumées à cause de leur contenu riche en hydrocarbures carcinogéniques ; les diètes riches en protéines à cause de leur contenu important en nitrates et en nitrites ; enfin les aliments très salés et très épicés.

3.3 La race, le sexe, l'hérédité :

L'incidence du cancer gastrique est cinq (05) à six (06) fois plus élevée en Asie septentrionale qu'en Occident ; ce qui milite en faveur d'un facteur racial.

Dans les pays à faible ou à grande incidence de cancer gastrique, le taux de mortalité est deux fois plus élevé chez l'homme que chez la femme.

L'histoire familiale augmente le risque individuel de développer un cancer gastrique. L'incidence du cancer gastrique est en moyenne quatre (04) fois plus élevée si un parent est atteint d'un cancer gastrique. Les jumeaux homozygotes ont un risque plus élevé. Beaucoup de travaux ont montré que les patients du groupe sanguin A étaient les plus touchés

3.4 Le rôle de l'Helicobacter pylori :

L'Helicobacter pylori est une bactérie à transmission orofécale. Il a été reconnu par l'OMS comme carcinogène gastrique en 1994.

3.5 Les lésions et conditions précancéreuses : sont :

- ❖ Les polypes adénomateux gastriques
- ❖ La maladie de Ménétrier : gastropathie hypertrophique caractérisée par un épaissement considérable de la muqueuse gastrique.
- ❖ Ulcère gastrique chronique
- ❖ Gastrite chronique
- ❖ Moignon de gastrectomie partielle
- ❖ Métaplasie et dysplasie gastrique
- ❖ Maladie de Biermer

4. CLINIQUE

4.1 Signes cliniques :

*** Signes fonctionnels :** Il existe très peu de symptômes précoces qui peuvent mener au diagnostic du cancer gastrique. Les premiers signes sont la dyspepsie d'allure la plus banale et la plus atténuée et la perte de poids.

Tout patient de 50ans, fatigué, dyspeptique, anémique et ayant perdu du poids devrait être évalué endoscopiquement et pour éliminer un cancer gastrique.

Tous les autres symptômes ne sont que les symptômes d'un cancer gastrique avancé. Les plus fréquents sont généralement l'épigastrie, l'amaigrissement, les nausées, les vomissements, anorexie surtout si elle est élective aux viandes et aux graisses, des hémorragies digestives.

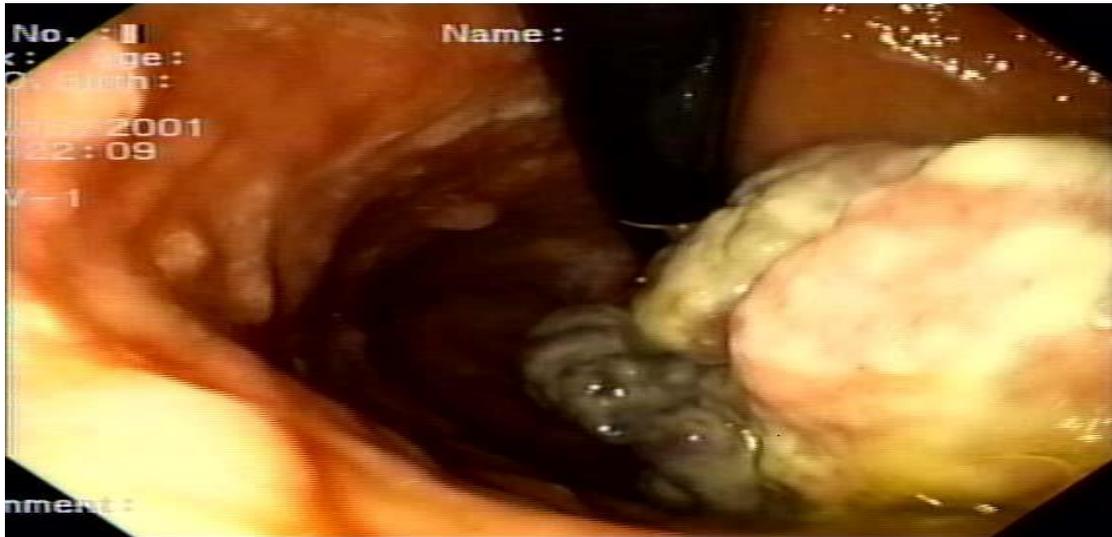
*** Signes physiques :**

Ils sont souvent absents mais l'examen peut permettre à un stade avancé de retrouver une masse épigastrique, un foie métastatique, un ganglion de Troisier, une ascite.

5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

5.1 La fibroscopie gastrique :

C'est l'examen clé du diagnostic ; elle permet non seulement de décrire la lésion, mais surtout d'effectuer des biopsies en vue du diagnostic anatomopathologique.



Aspect endoscopique d'une tumeur ulcérobourgeonnante

A l'endoscopie, le cancer gastrique peut apparaître comme :

- + Un ulcère ou une masse ressemblant à un polype
- + Une tumeur ulcérovégétante et infiltrant dite en lobe d'oreille.
- + Une tumeur végétant.
- + Une zone muqueuse blanche, plate et épaissie appelée << linite plastique >>.

Cette dernière est plus difficile à reconnaître dans les stades précoces. Seule une biopsie de la zone douteuse pourra permettre d'établir un diagnostic. Les biopsies doivent être nombreuses : 4 à 6 biopsies ; elles doivent être effectuées sur les tumeurs en évitant les zones nécrosées ou ulcérées. Elles doivent être fixées au formol 10%.

5.2Autres examens :

Ils ne sont pas indispensables. Ce sont :

- Le transit œsogastroduodéal
- Le lavement baryté
- Le transit du grêle
- Echographie et l'écho endoscopie
- Le scanner
- La coloscopie

- La radiographie pulmonaire.

Ils sont surtout utilisés dans le bilan pré, per ou post opératoire. L'hémogramme permet d'apprécier l'anémie.

6. FORMES PARTICULIERES :

6.1. Le cancer superficiel de l'estomac :

C'est un cancer limité à la muqueuse avec une extension possible dans la sous muqueuse avec ou sans métastases ganglionnaires. Il se manifeste souvent pendant plusieurs années sous une forme pseudo ulcéreuse sensible au traitement anti sécrétoire. A l'endoscopie, il se manifeste sous la forme d'un ulcère superficiel étendu, entouré d'une masse légèrement boursouflée. Le traitement chirurgical est le plus souvent efficace avec une survie de 5ans supérieure à 90%

6.2. La linite plastique :

Elle est la forme la plus typique du cancer gastrique infiltrant. Elle représente 5 à 10% des cancers gastriques et surviennent chez des sujets plus jeunes avec une prédominance féminine. A l'endoscopie, la paroi de l'estomac est épaissie, cartonnée, rigide, le plus souvent de façon diffuse dans tout l'estomac, le fundus seul ou l'antrale les plis sont effacés ou épaissis par l'infiltration carcinomateuse.

Le diagnostic peut être difficile sur les biopsies en absence de destruction de la muqueuse, il est facile au TOGD et surtout à l'écho endoscopie. Le pronostic de la linite plastique est très défavorable. La résection chirurgicale complète est rarement possible.

7. AUTRES TYPES HISTOLOGIQUES :

7.1. Les lymphomes :

Il s'agit d'une prolifération développée aux dépens du tissu lymphoïde associée aux muqueuses de faible malignité. Il existe deux types :

- Le lymphome gastrique à petites cellules (bas grade de malignité) se présente sous la forme de lésions pseudo gastriques, ulcéreuses ou tumorales à l'endoscopie.

L'infection à l'Hélicobacter pylori.

- Le lymphome gastrique à grandes cellules (haut grade de malignité) se présente sous la forme d'une tumeur généralement volumineuse et le plus souvent ulcéré à l'endoscopie. Ils sont rares.

La simple éradication de l'infection à Hélicobacter pylori ne suffit pas à faire régresser les lésions. Le traitement comporte habituellement une chimiothérapie parfois associée à une radiothérapie et/ou une intervention chirurgicale.

7.2. Les carcinoïdes :

Leurs localisations au niveau de l'estomac sont rares. Il s'agit le plus souvent d'une tumeur sous muqueuse unique bien limitée, ulcérée, ressemblant à une tumeur maligne infiltrant.

7.3. Les sarcomes :

il s'agit en général de tumeurs sous muqueuse à développement intra gastrique nodulaire. Parfois, leur aspect plus volumineux, multi nodulaires, hyper vacuolaire hémorragique et nécrotique est en faveur de leur malignité. Les critères histologiques de malignité sont basés sur l'abondance des mitoses, l'existence de lacunes vacuolaires, l'envahissement régional et les métastases.

7.4. Les tumeurs secondaires :

Macroscopiquement les carcinomes métastatiques stimulent en tout point une tumeur primitive. Leurs origines les plus fréquentes sont le sein, les bronches, le foie, le rein. Il peut s'agir de choriocarcinome ou de mélanome malin.

8. ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

C'est l'examen de diagnostic de certitude du cancer de l'estomac. Cet examen se fait soit à partir des biopsies faites, soit à partir des pièces opératoires.

Son étude permet de faire non seulement le diagnostic histologique mais aussi le pronostic des différentes classifications selon le degré d'extension tumorale de la pièce opératoire.

8.1. Macroscopie :

Les adénocarcinomes siègent par ordre décroissant dans l'antra, le corps et le cardia. Il existe trois aspects macroscopiques :

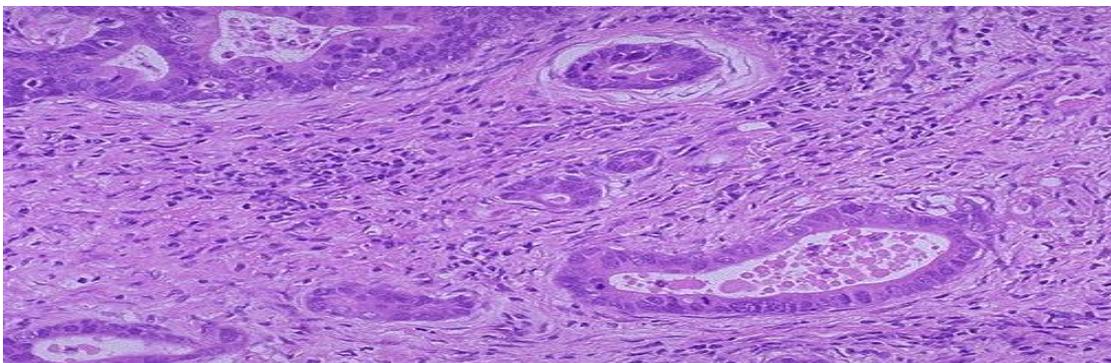
- Bourgeonnant
- Ulcéreux
- Infiltrant

Ils sont généralement associés, donnant l'aspect typique d'une ulcération irrégulière entourée d'un bourrelet induré, au sein d'une zone infiltrée (cancer en << lobe d'oreille >>). L'un de ces aspects peut prédominer pour réaliser les tumeurs végétant es polyptoïdes, les cancers infiltrant comme la limite plastique, les cancers ulcéreux appelés << ulcères malins >>.

8.2. Microscopie :

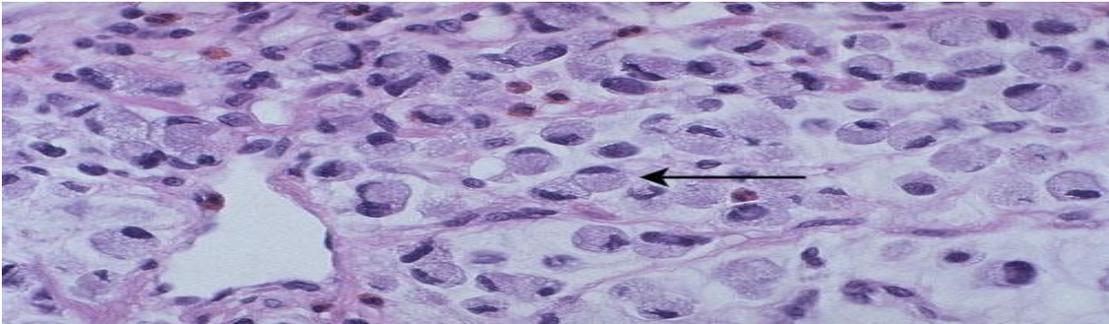
L'étude histologique permet de distinguer :

- Les formes typiques : ce sont des adénocarcinomes de différenciation variable. Les cellules sont cubiques, basophiles ou claires et spumeuses avec des inclusions Mucipares. Ces cellules ont tendance à se regrouper en structures glandulaires.



Aspect histologique d'un adénocarcinome typique

- Les formes atypiques : ce sont des adénocarcinomes où les cellules tumorales sont en plaques ou isolées, dispersées dans un stroma fibreux dense ; sans aucune tendance au groupement glandulaire. Ces cellules sont souvent muco-sécrétantes : une grosse vacuole rejette les noyaux à la périphérie donnant l'aspect des cellules en bague à chaton. Cet aspect est observé dans la limite.



Aspects histologiques d'un adénocarcinome atypique.

- Les formes métaplasiques : ce sont des adénocarcinomes de type intestinal constitués de hautes cellules cylindriques basophiles. Elles sont agencées en grande cavité plus ou moins dilatées ou en végétation capillaire.

8.3. Classification :

De nombreuses classifications ont été proposées, basées soit sur les critères purement histologiques descriptifs, soient sur des critères de mode d'extension.

Tableau = classification pronostique TNM 20

Classification analytique

TUMEUR PRIMITIVE (T)

Tis	Carcinome in situ : intra -épithélial, sans envahissement du chorion de la muqueuse
T1	Tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous muqueuse
T2	T2a Tumeur étendue à la musculaire
	T2b Tumeur étendue à la sous-séreuse
T3	Tumeur envahissant la séreuse
T4	Tumeur envahissant un organe de voisinage

GANGLIONS LYMPHATIQUES REGIONAUX (N)

N0	Pas d'invasion des ganglions
Nx	Ganglions non évalués
N1	1 à 6 ganglions métastatiques
N2	7 à 15 ganglions métastatiques
N3	Plus de 15 ganglions métastatiques

METASTASES A DISTANCE (M)

M0	Pas de métastases
Mx	Métastases non évalués
M1	Métastases à distance (ganglions sus claviculaires, mésentérique, para aortiques)

Les différentes valeurs attribuées à T, N et M permettent de grouper les cancers en cinq (05) stades qui sont exprimées par un chiffre romain allant de 0 à IV. Le but de l'évaluation précise du stade a trois objectifs :

- ❖ Thérapeutique
- ❖ Pronostique
- ❖ Prospectif

¾ **Stade 0**

Ce stade est aussi appelé cancer in situ, ce qui signifie que les cellules cancéreuses ne sont pas étendues au-delà du site où elles ont commencé.

¾ **Stade I**

- Stade IA=T1, N0, M0 c'est à dire le cancer est étendu sous l'épithélium dans une couche avoisinante ou plus. Cependant, il n'est pas étendu à la couche musculaire principale de l'estomac. Le cancer n'a atteint aucun ganglion lymphatique.
- Stade IB=T1, N1, M0 c'est-à-dire que le cancer est étendu sous l'épithélium dans une couche avoisinante ou plus. La couche musculaire principale de l'estomac est écartée. Le ganglion atteint au moins six (06) ganglions lymphatiques

¾ **Stade II**

Il correspond à trois situations différentes définies par la taille et l'infiltration de la tumeur dans les couches de la paroi de l'estomac :

T1, N2, M0 ; T2, N1, M0 ; T3, N0, M0.

¾ **Stade III**

Tout T avec N2M0

Stade IIIA

Il y a trois formes de caractéristiques T et N attribuées à ce stade :

- T2, N2, M0 =le cancer est étendu à l'intérieur de la musculuse et peut être à l'intérieur de l'estomac mais pas au-delà de la séreuse. Il ne s'est étendu aux tissus, ni aux organes avoisinants. 7 à 15 ganglions lymphatiques, près de l'estomac sont atteints.
- T3, N1, M0 = Le cancer s'est étendu au-delà de la séreuse mais il ne s'est pas étendu aux tissus, ni aux organes avoisinants. Il s'est étendu à moins de 6 ganglions lymphatiques de l'estomac.

- T4,N0,M0 = le cancer s'est étendu à toutes les couches de la paroi de l'estomac ainsi que dans d'autres organes avoisinants comme la rate, le foie, les intestins, les reins, le pancréas. Il ne s'est pas étendu aux ganglions lymphatiques.

Stade IIIB

T3, N2, M0= Le cancer s'est étendu à toutes les couches de la paroi de l'estomac au-delà de la séreuse mais il ne s'est pas étendu aux tissus ni aux organes avoisinants. Il s'est étendu entre 7 et 15 ganglions lymphatiques autour de l'estomac.

¾ Stade IV

Tout T, dont N avec M1. Il y a plusieurs possibilités de caractéristiques de T, N et M attribuées à ce stade.

- T4N1-2, M0= Le cancer s'est complètement étendu à toute la paroi de l'estomac et aux organes avoisinants tels que la rate, le foie, les intestins, les reins, le pancréas. Il s'est étendu à moins de 15 ganglions lymphatiques autour de l'estomac.
- Tout T, N3, M0= le cancer s'est étendu à toutes les couches de la paroi de l'estomac. Il envahit ou non les organes adjuvants. Il s'est étendu à plus de 15 ganglions lymphatiques autour de l'estomac.
- Tout T, tout N et M1= le cancer peut être développé= Le cancer peut être développé dans toute l'étendue de la paroi de l'estomac ou avoir poussé à l'intérieur de l'estomac.

9- LE TRAITEMENT :

Le traitement dépend du type de cancer diagnostiqué, son stade, ainsi que l'état général du malade.

9.1 Traitement curatif :

Il est basé sur l'exérèse chirurgicale. Conditions : Malade en bon état général et absence de métastase décelée à l'issue du bilan d'extension.

™ Chirurgie

Gastrectomie Partielle quand la partie antrale est atteinte. Gastrectomie totale quand la partie moyenne est atteinte. Oeso-gastrectomie quand le cardia est atteint.

™ Pas de chimiothérapie adjuvant.

9.2 Traitement palliatif : Les conditions sont :

Malades cachectiques au stade ultime de la maladie, malades porteurs de métastases hépatiques volumineuses, de carcinome péritonéal avec ascite.

Il peut comporter :

- L'exérèse incomplète de la tumeur gastrique, lorsqu'elle est possible dans le but d'éviter les complications (obstruction, hémorragie).
- une chimiothérapie, amélioré la suivie et la qualité de vie par rapport à un simple traitement symptomatique.
- une gastro-entéro-anastomose dans les tumeurs distales sténos antes inextirpables.
- une anastomose oesotubérositaire dans les tumeurs sténos antes du cardia.
- une stomie d'alimentation (gastrectomie ou jéjunostomie) dans les lésions étendues de l'estomac permettant d'éviter la dénutrition.

10 - PRONOSTIC :

Le pronostic est lié aux constatations anatomopathologiques. Histologiquement plus les tumeurs sont indifférenciées plus elles sont plus agressives. A l'inverse, plus une tumeur est différenciée, plus son évolution est favorable.

Le pronostic est meilleur dans les cancers végétant endogastriques et dans les tumeurs de l'antrum, mais mauvais dans les tumeurs du cardia et les cancers diffus.

III-PATIENTS ET METHODES :

3.1 Cadre de l'étude :

Notre étude était déroulée dans les services d'hépatogastroentérologie du CHU de Tlemcen

3.2 Type d'étude et période :

Il s'agissait d'une étude transversale allant de 2007 au 2013. Nombre de cas étudiés est de 88 cas.

3.3 Population d'étude :

L'étude portait sur tous les patients des deux sexes quel que soit l'âge ayant un cancer de l'estomac.

3.4 Critères d'inclusion :

Tous les patients présentant une tumeur maligne endoscopique ou chirurgicale de l'estomac confirmée histologiquement.

IV-RESULTATS

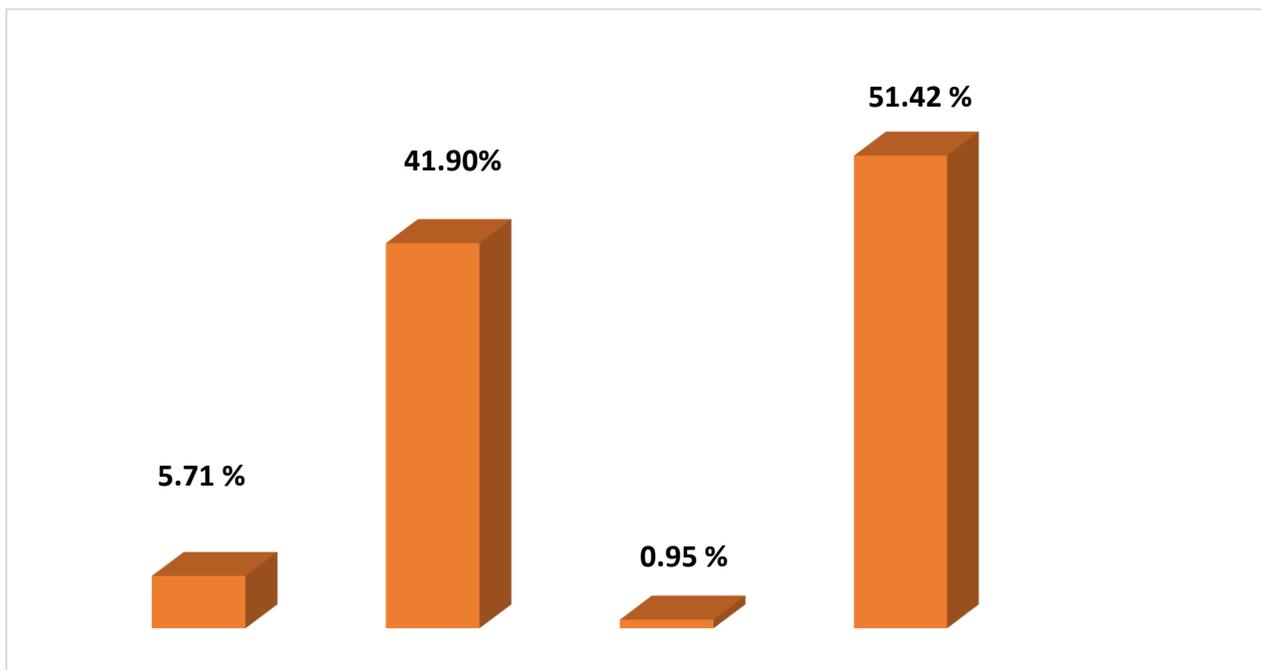
4-Données épidémiologiques :

4.1 Fréquence :

Pendant notre période d'étude nous avons colligé 88 cas de cancers gastriques qui représenté 41,90% des autres tumeurs digestifs traité dans la même période d'études.

*** Répartition des malades selon le type de KC digestif :**

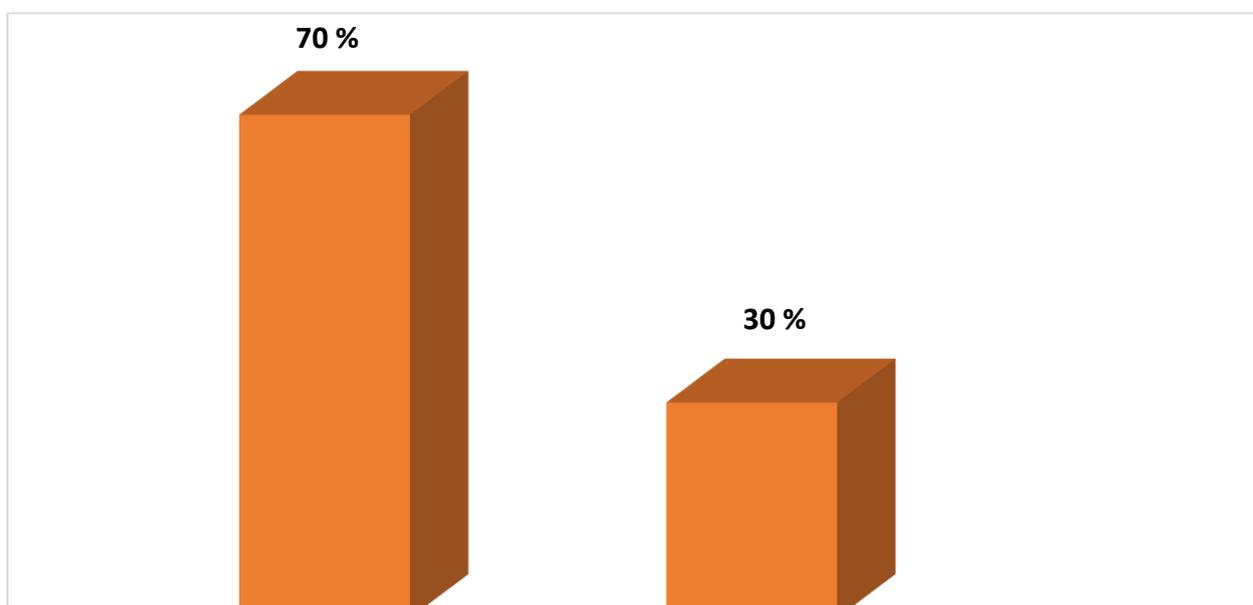
Type de Kc	Pourcentage (%)
Kc de l'œsophage	5.71%
Kc gastrique	41.90%
Kc du duodénum	0.95%
Kc colorectaux	51.42%



4.2 Sexe :

* Répartition des malades par sexe :

Sexe	Pourcentage (%)
Masculin	70%
Féminin	30%



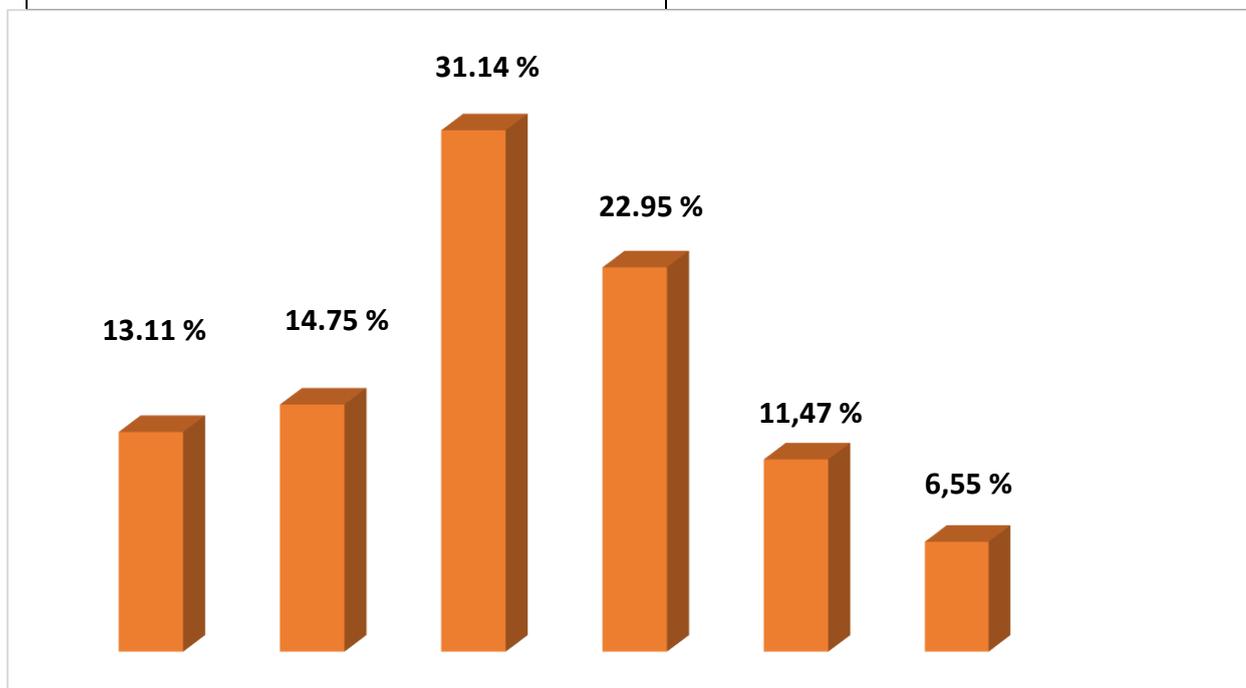
Répartition des patients selon le sexe :

Le sexe ratio était de 2.33 en faveur des hommes.

4.3 Age :

* Répartition des malades par tranche d'âge du kc d'estomac :

Tranche d'âge par année	Pourcentage (%)
33 ans – 42 ans	13.11%
43 ans – 52 ans	14.75%
53 ans – 62 ans	31.14%
63 ans – 72 ans	22.95%
73 ans – 82 ans	11.47%
83 ans – 92 ans	6.55%



La tranche d'âge de 53 à 62 était la plus représentée la moyenne d'âge était 57,5 avec des limites d'âge de 33 et 92 ans.

4.4 Age et Sexe :

*** Répartition des malades selon le sexe et l'âge du kc d'estomac :**

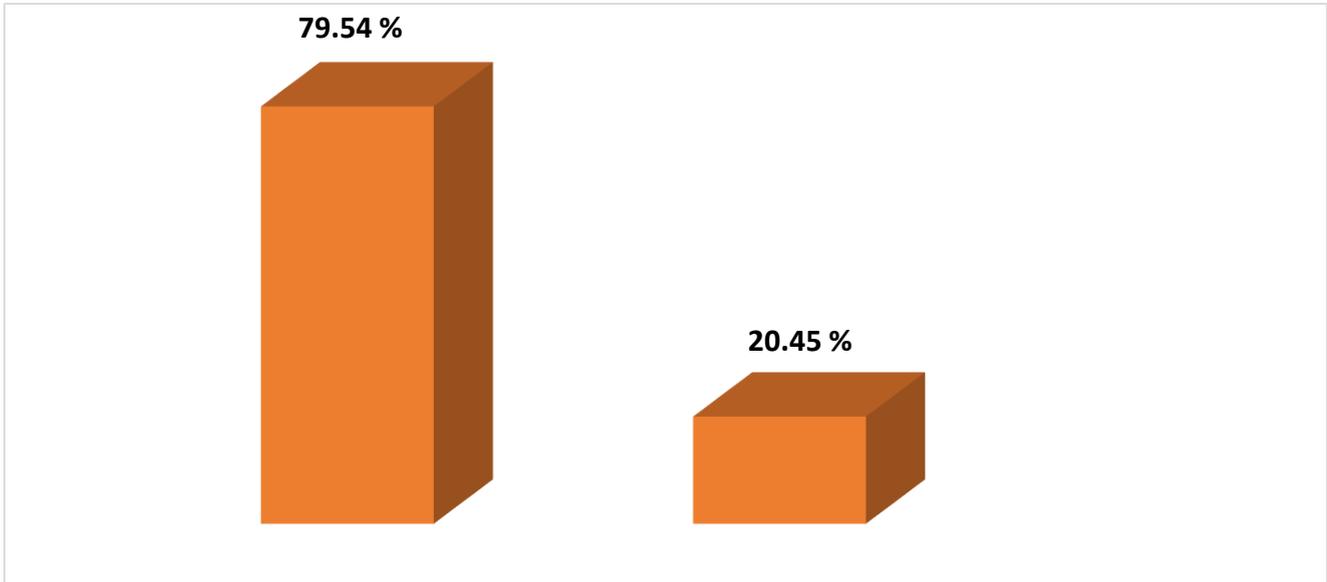
Tranche d'âge par année	Sexe	
	Femme	Homme
33 ans – 42 ans	4	7
43 ans – 52 ans	6	7
53 ans – 62 ans	13	15
63 ans – 72 ans	10	10
73 ans – 82 ans	4	6
83 ans – 92 ans	2	4

Il n'existait pas de liaison statistique entre l'âge et le sexe

4.5 Provenance :

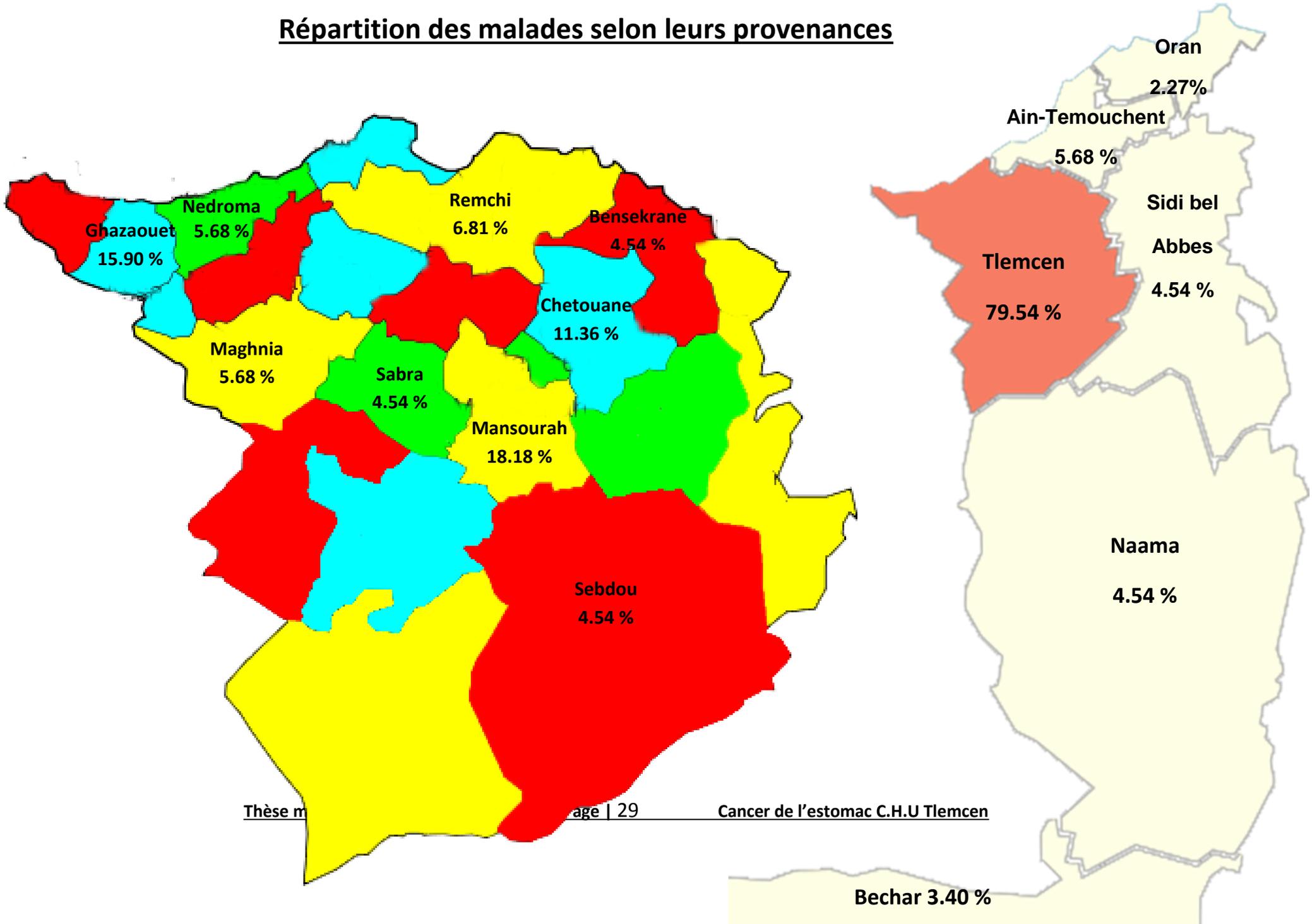
*** Répartition des malades selon leur provenance :**

De la wilaya de Tlemcen par daïra		Hors wilaya de Tlemcen	
Mansourah	18.18%	Ain temouchent	5.68 %
Chetouane	11.36%	Sidi bel Abbes	4.54 %
Remchi	6.81%	Oran	2.27 %
Bensekrane	4.54%	Naama	4.54 %
Maghnia	5.68%	Bechar	3.40 %
Ghazaouet	15.90%	Hors wilaya	20.45 %
Nedroma	5.68%		
Sebdou	6.81%		
Sabra	4.54%		
De la wilaya	79.54%		



Mansourah représentait la daïra la plus touchée avec un pourcentage de 18,18% suivie par ghazaouet 15,90%, le service reçoit un nombre important de malade des wilayas de l'entourage représenté par plus de 1/4.

Répartition des malades selon leurs provenances

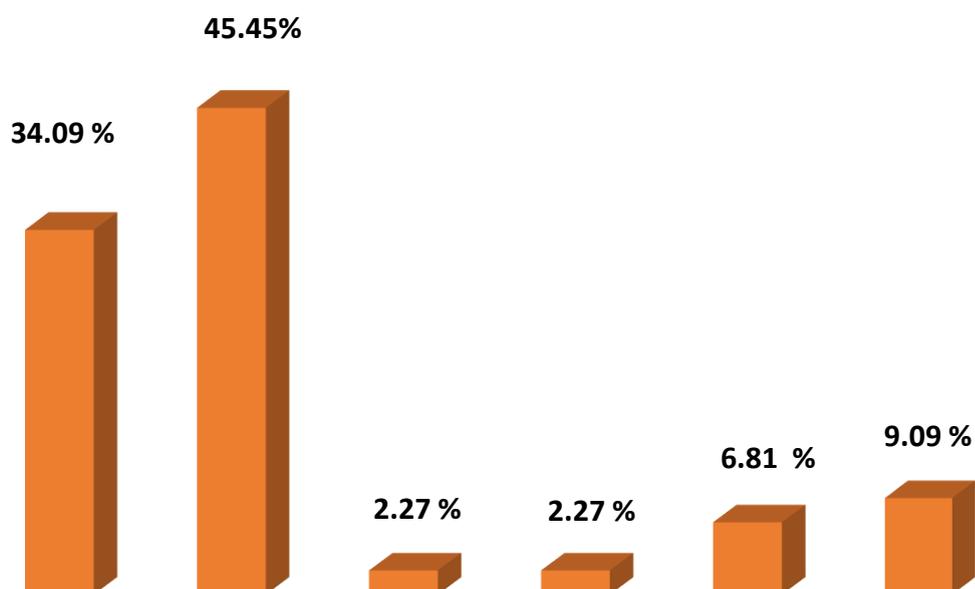


4.6 Données cliniques :

4.6.1 Signes cliniques :

* Répartition selon les signes fonctionnels :

Signe Fonctionnel	Pourcentage (%)
Epigastralgie	34.09%
Vomissement	45.45%
Mass Abdominal	2.27%
Dysphagie	2.27%
Méléna	6.81%
Amaigrissement	9.09%

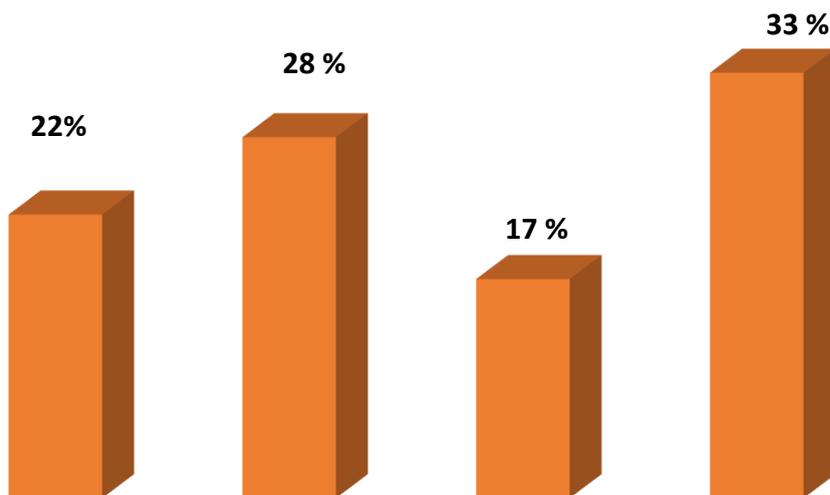


Les vomissements étaient le maître symptôme des cancers gastriques, suivie d'epigastralgie

4.6.2 Types d'antécédents :

* Répartition selon les ATCD Personnel :

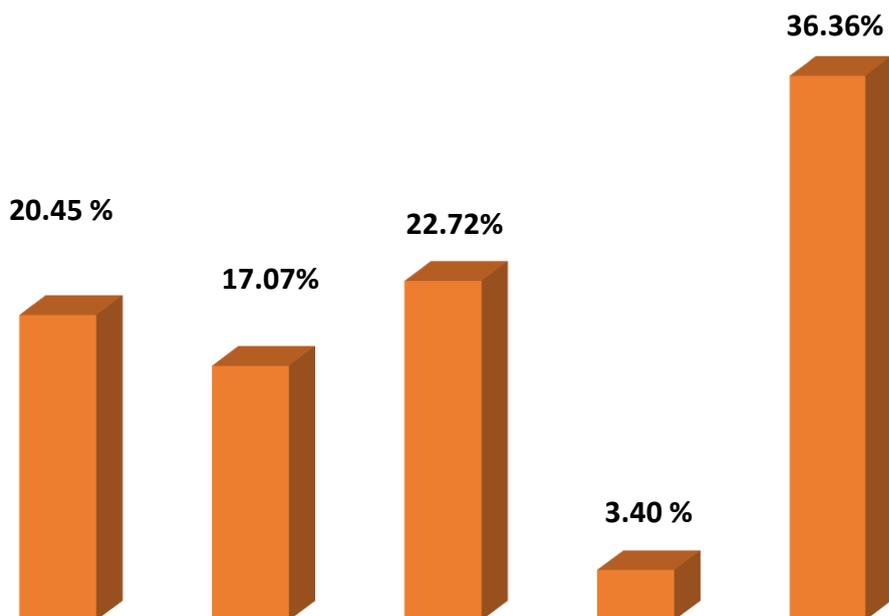
ATCD personnel	Pourcentage (%)
Ulceré Gastrique	22 %
Gastrite Chronique	28 %
Néoplasie	17 %
Indéterminé	33 %



La moitié de nos patients avait un antécédent personnel soit de gastrite chronique soit d'ulcère gastrique

4.6.3 Répartition selon les signes Physique :

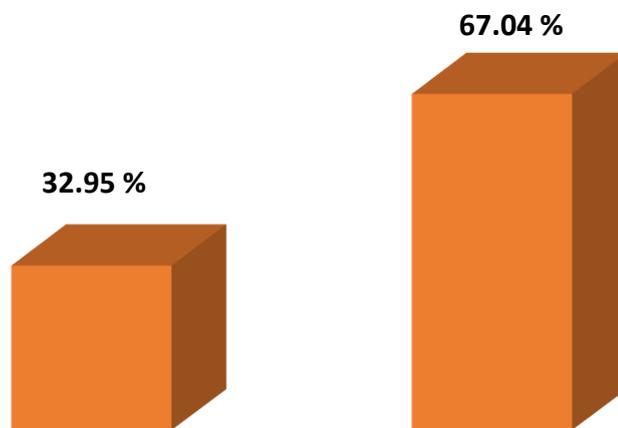
Signe Physique	Pourcentage (%)
Tumeur Abdominal palpable	20.45%
Ascite	17.07%
Foie tumoral	22.72%
Tumeur palpable au TR	3.40%
Indéterminé	36.36%



Plus de 1/3 de nos malades consultent en stade de métastase stade avancé de la tumeur gastrique L'atteinte hépatique été très importante chez nos Malade vue le stade avancé de la consultation.

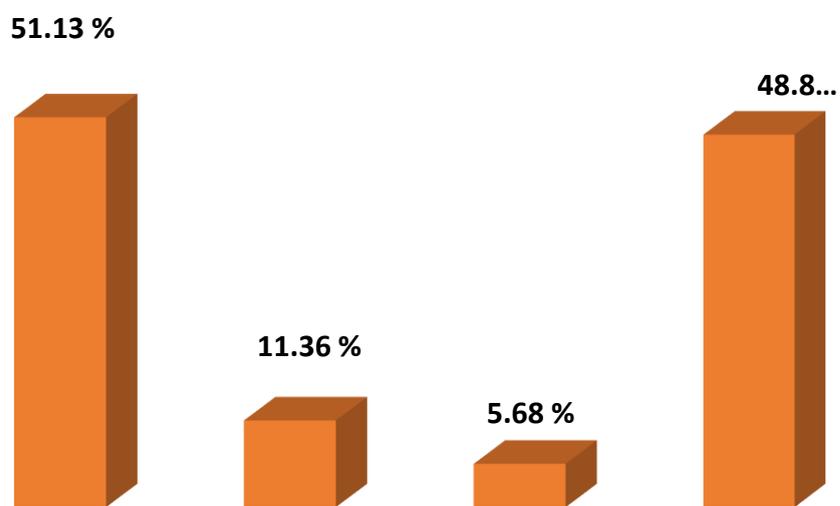
4.6.4 Répartition selon les signes Physique : présence de métastase

Métastase	Pourcentage (%)
Présence	32.95%
Absence	67.04%



4.7 Répartition selon le groupe sanguin :

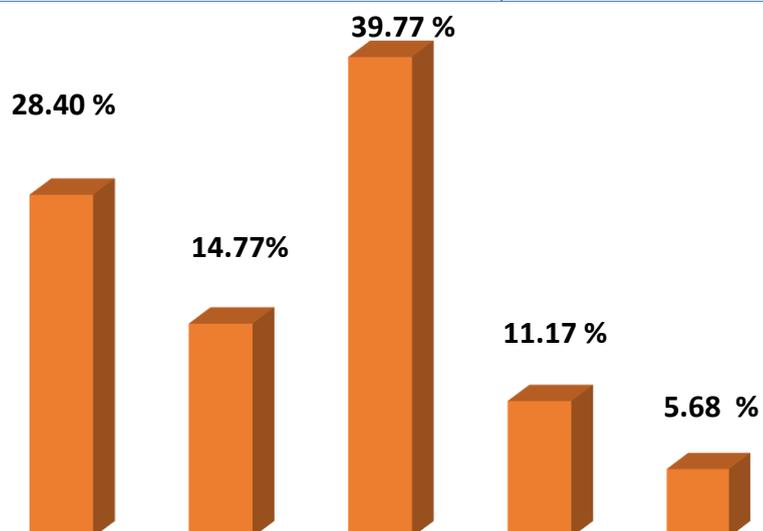
Groupage	Pourcentage (%)
A	51.13%
B	11.36 %
AB	5.68 %
O	48.86 %



Les personnes de groupage A été plus disposé à faire un cancer gastrique

4.8 Répartition selon la localisation a la fibroscopie :

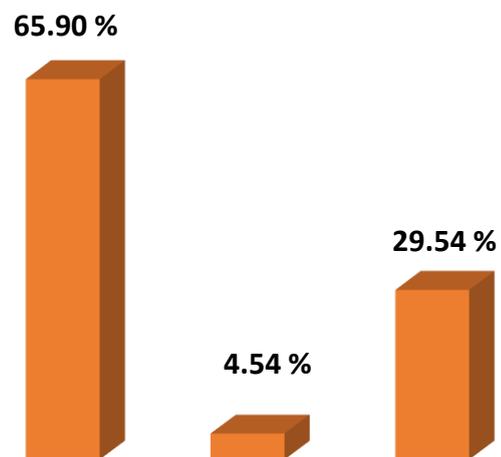
Localisation	Pourcentage (%)
Cardia	28.40 %
Fundique	14.77%
Antrale	39.77%
Antrapylorique	11.36 %
pylore	5.68 %



L'antrale représentait le siège le plus fréquent :39,77%

4.9 Répartition selon le type :

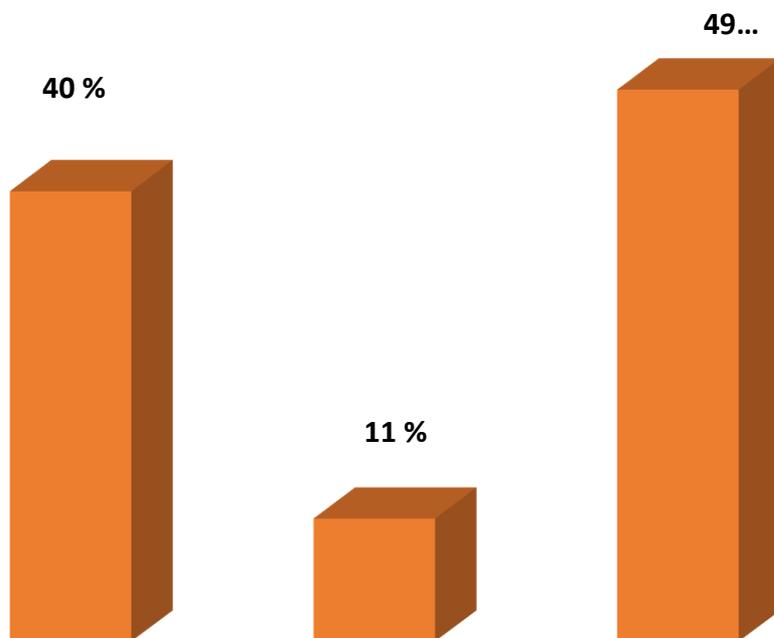
Type	Pourcentage (%)
Adénocarcinome	65.90 %
Carcinome épidermoïde	4.54 %
Lymphome	29.54 %



L'adénocarcinome est plus fréquent que les autres types

4.10 Répartition selon l'aspect macroscopique :

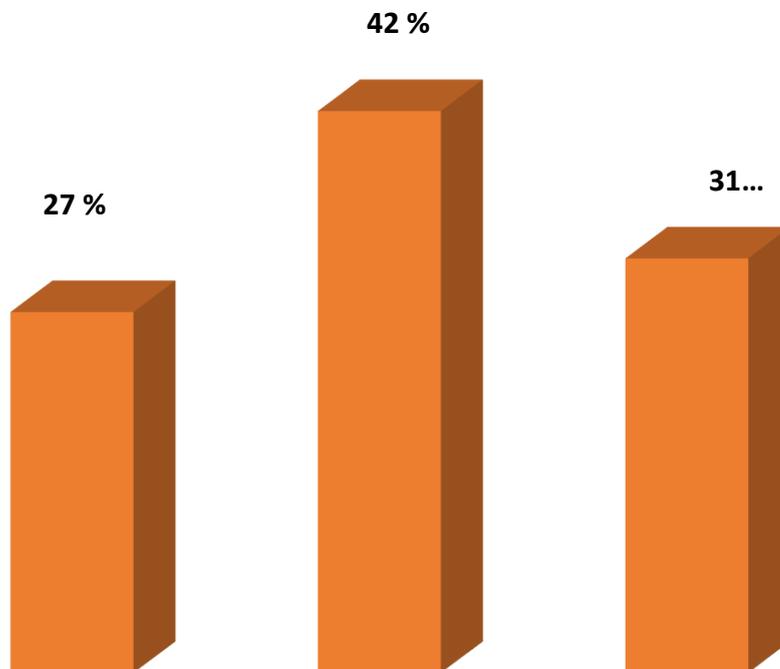
L'aspect	Pourcentage (%)
Bourgeonnant	40%
Ulcération	11%
Ulcéro- Bourgeonnant	49%



Aspect ulcéro-bourgeonnant était le plus représenté avec 49%.

4.11 Répartition selon l'aspect Histologique :

L'aspect	Pourcentage (%)
Indifférencié	27%
Peut différencié	42%
Bien différencié	31%



L'adénocarcinome moyennement différencié était le plus représenté avec un pourcentage de 42%.

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Notre étude était transversale sur une période de 7 ans. Au cours de notre étude nous avons retenu seulement les cas de cancers confirmés histologiquement et la totalité de nos patients avaient l'adénocarcinome de différenciation variable.

L'effectif colligé a permis d'apprécier les aspects épidémiologiques et anatomo cliniques de cette pathologie gastrique dans le service gastro entérologie du CHU de Tlemcen

Fréquence :

Notre étude a porté sur 88 cas de cancer de l'estomac représentant 41, 90% de l'ensemble des cancers du tube digestif sur la période d'étude.

L'augmentation de la fréquence pourrait s'expliquer par l'infection a H.pylori et le bas niveau d'hygiène.

Les signes cliniques :

Sur le plan clinique, l'épigastralgie et l'amaigrissement étaient les signes cliniques les plus représentés. Une importance particulière doit être portée à ces symptômes d'autant plus que le sujet est âgé. La présence de ces signes doit inciter le praticien à demander systématiquement une endoscopie digestive.

VI-CONCLUSION :

Les cancers gastriques sont fréquents avec un mauvais pronostic compte tenu du diagnostic tardif. Au cours de notre étude nous avons colligé 88cas, représentant 41,90% des cancers du tube digestif. L'âge moyen était de 57,5ans.

Le sexe masculin était le plus touché, L'antre était le siège le plus représenté, L'épi gastralgie était le signe le plus représenté.

L'adénocarcinome était le type histologique le plus représenté.

On n'a pas pu faire une étude sur le mode de vie et le régime alimentaire ainsi que la présence de l'H.pylori à cause du manque de donné.

VII : RECOMMANDATIONS

Au corps médical :

- ✓ Sensibiliser le personnel médical afin que la demande des examens d'endoscopie soit un réflexe quotidien devant toute symptomatologie digestive.
- ✓ Identifier et surveiller cliniquement et endoscopiquement les patients à risque élevé de cancer gastrique.
- ✓ Faire un examen histologique de toute tumeur gastrique prélevée.
- ✓ Eradiquer systématiquement *H.pylori* au cours des ulcères gastroduodénaux

Aux populations :

- ✓ Consulter précocement au moindre signe digestif.
- ✓ Consulter régulièrement en cas d'antécédent de cancer familial gastrique
- ✓ Dépister les facteurs favorisants.

VIII-REFERENCES :

- ✚ MIGNON.M,gastro-enterologie. ALGER :berti ,1994

- ✚ CREW K D, NEUGUT A L.Epidemiology of upper gastrointestinal malignancies. Semin oncol 2004;31:450-64.

- ✚ FUCHS C S, MAYER R J. Gastric carcinoma. N Engl J Med 1995; 333:32-41.

- ✚ MOURTALA L. Infection *Helicobacter pylori* et les pathologies gastro duodénales dans le centre d'endoscopie de l'hôpital national du point G. These Med, Bamako, 2000 ;N° 23.

- ✚ PEGHINI M, RAJAONARISON P, PECARRESE J L, RAZAFINDRAMBOA H, RICHARD J, MORIN D. Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar : Apport de 14000 endoscopies effectuées au centre hospitalier de Soaviandriana à Antananarivo. Med Afr Noire 1997

