

CANCER DE L'ESTOMAC

Le cancer gastrique représente en France le 2^e cancer digestif après le cancer colo-rectal, constituant à l'heure d'aujourd'hui, un réel problème de santé publique, avec 7000 à 7500 nouveaux cas par an.

Il constitue en terme de mortalité 3,5% des décès, toutes causes confondues.

Le diagnostic, souvent réalisé trop tard du fait de l'absence de symptômes spécifiques, rend ce cancer redoutable en terme d'espérance de vie. D'où l'intérêt de le réaliser le plus précocement possible.

I- Epidémiologie

On note une forte incidence de ce cancer dans les pays asiatiques, nordiques, et d'Amérique du Sud. A signaler que le cancer gastrique est rare en Suisse.

En France son incidence aurait tendance à diminuer, mais ce cancer reste encore trop fréquent, et cette diminution relative, montre ses limites puisqu'il est observé une augmentation des formes cardiales et diffuses (linite), tandis que les formes distales auraient tendance à diminuer (amélioration de l'hygiène et de la prévalence de l'infection à H.Pylori, modification des habitudes alimentaires).

L'âge moyen de survenue est de 60 ans à 70 ans, mais on constate que 10% des cas relèvent de sujets entre 30 et 50 ans. Le sex ratio est plutôt en faveur des hommes (2,5).

II- Types histologiques et localisations

On classe les tumeurs gastriques selon le siège anatomique et le type histologique.

Les localisations sont :

- région antrale et prépylorique : 35%
- région de la petite courbure : 30%
- région cardiale à proximité de la jonction oeso-gastrique : 25%
- région fundique : 10%.

Les types histologiques observés sont :

- tumeur maligne d'origine épithéliale ou adénocarcinome, les plus fréquentes (90%) ;
- tumeur endocrine rare, parfois maligne (gastrinome dans le cadre d'un Syndrome de Zollinger Ellison, ou encore anémie de Biermer) ;
- lymphome malin non Hodgkinien ;
- tumeur sous-muqueuse dont les GIST (gastrointestinal Stromal Tumor).

III- Etiologie et facteurs de risque

- Gastrite à H.pylori (plus de 90% des patients porteur d'un cancer de l'estomac ont une gastrite à HP). Cette bactérie a été reconnue par l'OMS en 1994, comme facteur étiologique important de cancer gastrique. Il semblerait néanmoins que d'autres facteurs associés favorisent la transformation cancéreuse ;
- Gastrite atrophique auto-immune de type A ;
- Facteurs génétiques, dans le cadre de cancers héréditaires, par mutation génique (du gène E-cadhérine) ou lors de syndrome de Lynch (ou syndrome HNPCC= hereditary non polyposis colorectal cancer) ou lors de PAF (polypose adénomateuse familiale) ;
- Gastrectomie partielle (latence d'une quinzaine d'années) ;

- Facteurs environnementaux, en particulier les conditions socio-économiques (du fait de la prévalence de H.pylori), le tabagisme et les facteurs alimentaires qui trouvent là, une part importante en tant que facteurs de risque :
 - consommation insuffisante de fruits et légumes ;
 - forte consommation de produits salés et/ou fumés (rôle des nitrates transformés en nitrosamines carcinogènes à partir des nitrites). A noter que l'achlorhydrie* entraîne une prolifération microbienne dans l'estomac, susceptible de transformer les nitrates en nitrites;
 - insuffisance de vitamine C (vitamine qui jouerait un rôle protecteur).

Dans tous les cas, la recherche d'Helicobacter pylori est fortement recommandée.

IV- Diagnostic

Il repose principalement sur l'endoscopie haute et la découverte de la tumeur, souvent fortuite, parfois au décours d'une complication d'emblée évocatrice. La symptomatologie est pauvre et le diagnostic souvent tardif.

Sur le plan clinique, on peut observer :

- des troubles digestifs non spécifiques, à type de pesanteur épigastrique, de nausées, de dyspepsie, de dégoût pour la viande ;
- des signes généraux, anorexie, état subfébrile, asthénie, amaigrissement ;
- une complication d'emblée, sous forme d'hémorragie digestive (hématémèse, méléna), ou de perforation à l'origine d'une péritonite ;
- dans les formes avancées, la palpation d'une masse tumorale dans la partie supérieure de l'abdomen est possible ;
- des métastases révélatrices avec un ganglion de Troisier (subclaviculaire gauche), une hépatomégalie, une carcinose péritonéale, une ascite ;
- parfois une sténose gastrique liée à la tumeur.

Sur le plan paraclinique, on retrouvera selon les cas:

- une anémie microcytaire ;
- la présence de sang dans les selles ;
- des marqueurs tumoraux positifs, même s'ils n'ont pas vraiment d'utilité dans le cadre du diagnostic (davantage dans le cadre du suivi). Ce sont le CA 72-4 (sensibilité d'environ 50%), le CEA (ou ACE , antigène carcino embryonnaire) et le CA 19-9.

Le diagnostic positif reposera sur :

- la gastroscopie avec biopsies multiples (10 à 12 sur les berges de la lésion) ;
- une écho-endoscopie afin d'évaluer le degré d'envahissement pariétal

Ces examens permettront d'apprécier le siège de la tumeur, sa taille, son aspect et le type (confirmé par l'anatomopathologie).

Le diagnostic différentiel éliminera :

- un RGO;
- un ulcère gastro-duodéal ;
- une pathologie des voies bilio-hépto-pancréatiques (grâce à l'échographie et au TDM) ;
- une métastase gastrique d'un cancer situé sur un autre organe ;

- parfois même une colopathie fonctionnelle, dont les plaintes pourraient égarer le diagnostic vers une tumeur.

On ne rappellera pas assez l'importance d'un diagnostic le plus précoce possible. Il paraît donc indispensable de demander des examens complémentaires, en cas d'une symptomatologie gastrique persistante au delà de 3 semaines de traitement, avec en particulier prescription d'une endoscopie.

V- Le bilan d'extension

Ses objectifs sont de préciser l'opérabilité éventuelle du patient, et donc d'envisager la conduite à tenir thérapeutique. Ce bilan tiendra compte de l'âge, de l'état général et nutritionnel du malade, ainsi que de la présence éventuelle de métastases, en particulier hépatiques, pulmonaires et péritonéales.

A cette occasion, la clinique permettra de poser la classification **TNM*** (tumeur, ganglion, métastase).

La tomodensitométrie, l'échographie et l'écho-endoscopie, le TOGD*, seront les examens de référence de ce bilan d'extension.

VI- Le traitement

a- A visée curative

Il mettra en œuvre la chirurgie et consistera à réséquer la tumeur, de façon large, en associant un curage ganglionnaire. En fonction de la localisation cancéreuse, une gastrectomie partielle ou totale pourra être réalisée. Si le stade de la tumeur est >1 (voir classification), une chimiothérapie (5-FU, acide folique) et /ou une radiothérapie seront proposées en pré et post-opératoire.

b- A visée palliative

Elle est proposée (chimiothérapie et/ou radiothérapie) lorsque l'atteinte ganglionnaire est trop importante et/ou lorsque le bilan d'extension a montré la présence de métastases.

En cas de tumeurs symptomatiques (sténosante, hémorragique), une chirurgie d'exérèse palliative peut être envisagée.

Enfin il est possible de placer par voie endoscopique un stent métallique (ou une prothèse plastique) lorsque la tumeur obture en particulier un canal (ex : cholédoque), créant une occlusion.

VII- Pronostic

Il dépend principalement de l'extension de la tumeur et du nombre de ganglions touchés par le processus cancéreux.

Le pronostic de ce cancer reste sombre avec une survie médiane à 5 ans de 10 à 20%, tous stades confondus. Elle passe de 50 à 60% en absence de ganglions touchés.

Le suivi dans tous les cas est indispensable pour repérer une récurrence du cancer, en particulier sur un moignon gastrique en cas de gastrectomie partielle.