

# LES CANCERS DE L'ESTOMAC

## I) DEFINITION

Les carcinomes gastriques sont des tumeurs malignes épithéliales. C'est une tumeur biologiquement et génétiquement hétérogène à étiologie multifactorielle (génétique et environnementale).

## II) Données épidémiologiques

En Algérie, le cancer gastrique chez l'homme occupe le 5<sup>ème</sup> rang des cancers après : ceux du poumon, la vessie, colo- rectum et prostate ; et le 2<sup>ème</sup> rang des cancers digestifs après le cancer colorectal.

Chez la femme, il occupe le 9<sup>ème</sup> rang des cancers et le 3<sup>ème</sup> rang des cancers digestifs après le colo-rectum et la vésicule biliaire.

L'incidence la plus élevée est au Japon et la plus faible est en Afrique.

Les cancers gastriques représentent 10% de tous les cancers dans le monde.

Avant 30 ans, le carcinome est le plus souvent héréditaire se voit plus chez la femme que l'homme.

Le siège de prédilection est la région antrale 60% des cas.

## III) Facteurs étiologiques

### **A) Les facteurs exogènes :**

#### **\*Les habitudes alimentaires :**

- Salage
- Fumage : richesse en hydrocarbures polycyclique
- Consommation excessive de viande surtout rouge,
- Stockage des légumes
- Certains modes de cuisson (friture).

#### **\* Consommation du tabac, Alcool.**

\*Par contre le lait, les agrumes (vit.C.), les légumes frais ; la B-Carotène auraient un rôle protecteur.

### **B) Maladies et conditions prédisposantes**

**1) Rôle de l'infection à Helicobacter Pylori :** Les études cas –témoins suggérant que le risque de cancer de l'estomac est 3 à 6 fois +élevé chez les sujets atteints d'une infection à helicabacter Pylori que chez les témoins . Le centre international de la recherche sur le cancer à classer H.P Parmi les carcinogènes gastriques certains .

**2) Gastrite atrophique :** maladie de Biermer.

**3) L'ulcère gastrique :** ce qui explique une surveillance endoscopique des ulcérations gastriques afin de ne pas manquer une transformation maligne .

**4) Gastrectomie antérieure :** Le risque de cancer sur moignon gastrique est élevé au delà de 15 ans.

### 5) Maladie de ménétrier

**6) La métaplasie intestinale** : due à la transformation de l'épithélium gastrique en un épithélium de type intestinal avec apparition de cellules caliciformes à pole muqueux ouvert.

## VI) Carcinogénèse gastrique

Une gastrite à hp → une gastrite chronique → une gastrique chronique atrophique légère → une gastrite chronique atrophique modérée → une gastrite chronique atrophique sévère → une métaplasie intestinale → une dysplasie de bas grade → une dysplasie de haut grade → un carcinome intra-muqueux → un carcinome invasif

### V) Diagnostic des tumeurs gastriques

**1) Circonstances de diagnostic** : Le cancer gastrique est le plus souvent longtemps asymptomatique notamment dans les formes végétantes.

Le diagnostic est donc au stade de cancer invasif (Baisse de l'état général, épigastralgie, difficultés de digestion, anorexie, amaigrissement).

### **2) Examens biologiques :**

-Anémie

-Dosage des marqueurs tumoraux : ACE est ↑ dans 40% mais le souvent à un stade déjà évolué.

-Troubles de l'ionogramme.

**3) endoscopie** : pose le diagnostic endoscopique (macroscopique) dans la majorité des cas. Compléter par des prélèvements biopsiques pour confirmer le diagnostic histologique il existe une association variable de trois types endoscopique :

\*Bourgeonnement

\*Ulcération

\*Infiltration : le prototype de cette forme est la linite Plastique.

Le diagnostic peut être difficile sur les biopsies, intérêt de multiplier les prélèvements et quelque fois, deux séances endoscopiques sont nécessaires pour poser le diagnostic.

L'aspect endoscopique habituel est une masse bourgeonnante, creusée d'une ou plusieurs ulcérations avec une infiltration pariétale donnant un aspect de cancer en « lobe d'oreille »

## **VI)étude anatomopathologique**

Le rôle de l'anatomopathologiste dans le cancer de l'estomac est différent suivant l'étape de la prise en charge du malade.

\*Rôle diagnostique par l'examen de prélèvements biopsiques.

\*Rôle pronostique : par la détermination du degré d'extension tumorale sur la pièce opératoire pour la décision thérapeutique

### **A) LES CLASSIFICATIONS HISTOLOGIQUES**

#### **1. Classification OMS 2010**

##### **1.1) Lésions précancéreuses:**

- Adénome
- Néoplasie intra épithéliale (dysplasie) de bas grade
- Néoplasie intra épithéliale (dysplasie) de haut grade

**NB: La Dysplasie** : anomalie acquise et durable associant, à des degrés divers, des atypies cellulaires, des anomalies de la différenciation et des modifications architecturales de la muqueuse gastrique

##### **1.2) Carcinome**

\* **Adénocarcinome** :est le plus fréquent et représente environ 90% des cas. -

Papillaire

-Tubuleux

- Mucineux

- Peu différencié( incluant les carcinomes en bague à chaton et autres carcinomes )

- Mixte

- Carcinome rare(adénosquameux, à stroma lymphoïde « carcinome médullaire », épidermoïde,hépatoloïde,indifférencié)

##### **1.3)néoplasie neuroendocrine : 0,3%**

-tumeur neuroendocrine (NET): G1,G2

-Carcinome neuroendocrine: à petites et à grandes cellules

##### **1.4)Tumeurs mésenchymateuses**

-tumeur glomique

-GIST( tumeur stromale gastro-intestinale 5%

- Autres.....

##### **1.5) lymphomes 5-10%**

##### **1.6) les tumeurs secondaires 1,7 –5,4%**

## **2. Classification de LAUREN et variante de mulligan :(1965)**

Basée sur des critères histologiques et architecturaux :

**2.1) la forme intestinale** : Réalise la structure d'un ADK tubulé ou papillaire bien différencié (Bon Pronostic).

**2.2) La forme diffuse** : faite surtout de carcinome à cellules en bague à chaton (mauvais pronostic)

## **3. Classification clinique TNM**

### **T – Tumeur primitive**

- TX La tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 Pas de tumeur primitive décelable
- Tis Carcinome in situ : tumeur intraépithéliale ne franchissant pas la lamina propria
- T1 Tumeur envahissant la lamina propria ou la sous-muqueuse
- T2 Tumeur envahissant la musculuse ou la sous-séreuse
- T2a Tumeur envahissant la musculuse
- T2b Tumeur envahissant la sous-séreuse
- T3 Tumeur envahissant la séreuse (péritoine viscéral) sans envahissement des structures adjacentes
- T4 Tumeur envahissant les structures adjacentes

### **N –(node) Adénopathies régionales**

- NX Les adénopathies régionales ne peuvent être évaluées
- N0 Pas d'adénopathie régionale métastatique
- N1 Une à six adénopathies régionales métastatiques
- N2 Sept à quinze adénopathies régionales métastatiques
- N3 plus de quinze adénopathies régionales métastatiques

### **M – Métastases à distance**

- MX Les métastases à distance ne peuvent être évaluées
- M0 Pas de métastase à distance
- M1 Métastases à distance

## **B) Description de variantes histologiques**

### **1) Tumeurs endocrines**

Les tumeurs endocrines gastriques surviennent dans la majorité des cas sur un terrain de gastrite atrophique fundique auto-immune (maladie de

Biermer). Elles sont alors multiples, de petite taille, d'évolution lente et métastasent exceptionnellement.

Il existe aussi des tumeurs endocrines sporadiques, notamment des carcinomes peu différenciés

- Immunohistochimie: (Synaptophysine ,NSE, chromogranine )

## **2)Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)**

Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs mésenchymateuses rares, se développant dans les 2 tiers des cas aux dépens de la couche musculuse de l'estomac.

Elles sont caractérisées par l'expression positive en **immunohistochimie** d'un récepteur transmembranaire CD117 (c-kit)ou Dog1 .

Elles sont souvent de découverte fortuite.

Le diagnostic repose sur l'endoscopie et l'écho-endoscopie qui mettent en évidence une masse sous-muqueuse, parfois ulcérée, avec développement exogastrique fréquent .

***Le traitement de base est l'exérèse chirurgicale sans curage ganglionnaire extensif.***

*un traitement par l'imatinib (Glivec) est indiqué (inhibiteur enzymatique de l'activité du récepteur c-kit).*

## **3) Lymphomes gastriques primitifs**

Les lymphomes gastriques représentent 3 % des cancers gastriques. Ils peuvent être de 2 types :

**3.1) Lymphome gastrique(MALT)** :Mucosa Associated Lymphoid Tissue :fait de *petites cellules de bas grade de malignité.*

Les lymphomes gastriques de type MALT sont souvent peu symptomatiques et sans signe biologique spécifique.

Le diagnostic repose sur l'endoscopie (lésions pseudo-inflammatoires ou tumorales) avec biopsies multiples.

Ce lymphome est lié à l'infection chronique à *H. pylori*, avec une évolution très lente.

***Le traitement des formes localisées*** repose sur l'éradication de *H. pylori* qui permet la régression du lymphome dans 70 % des cas.

**3.2) Les lymphomes gastriques à grandes cellules** sont de haut grade de malignité, plus rares, Ils se présentent sous la forme d'une tumeur plus volumineuse et ulcérée.

- **Le traitement** repose sur la polychimiothérapie.

#### **4) LES TUMEURS SECONDAIRES OU METASTASES**

Les 3 principales tumeurs responsables de localisation gastrique secondaires : Cancer des broncho-pulmonaires, Sein et le mélanome. Plus rarement : Cancer de la thyroïde, rénal ou hépatique.

#### **XI/Formes anatomo –cliniques particulière**

**A/Cancer superficiel de l'estomac** : est limité à la muqueuse

- Evolution : Lente, Bon Pronostic (Intérêt de diagnostic car la survie à 5 ans à 90%).

-Le traitement est chirurgical et seule la disponibilité d'une pièce opératoire permet le diagnostic de certitude du cancer superficiel.

#### **B.) Linite gastrique**

Il s'agit d'un adénocarcinome peu différencié, représente 10 % des cancers gastriques et survient chez des sujets plus jeunes avec une prédominance féminine. Elle représente la forme typique des cancers infiltrants. La paroi gastrique est épaissie, cartonnée, rétractée de façon circulaire.

Histologie : carcinome à cellules indépendantes « en bague à chaton » envahissant les différentes couches de la paroi sans les détruire, associé à un stroma fibreux abondant.

- Pronostic : Défavorable.

**C.) Adénocarcinome du cardia** : C'est un cancer de la jonction oeso-gastrique.

- Il est souvent révélé par une dysphagie.

#### **D) Adénocarcinomes gastriques diffus héréditaires**

Les cancers gastriques diffus héréditaires sont dus à une mutation germinale du gène CDH1 à transmission autosomique dominante, responsable de la perte de fonction de la protéine E.Cadhérine.

Le diagnostic doit être évoqué quand dans une même famille et sur au moins deux générations successives, il existe 2 cas.

#### **VII) Facteurs pronostiques**

- **Envahissement ganglionnaire** : Facteur de mauvais pronostic +++

- **Envahissement Péri nerveux (EPN)** est actuellement considéré comme un facteur pronostique supplémentaire indiquant le potentiel d'évolutivité du cancer gastrique

- **La présence d'embolies vasculaires** : signe de mauvais pronostic prédictif de métastase à distance.

- la linité plastique :

### **VIII) Mode d'extension**

**1)Contiguïté :** L'extension transpariétale du carcinome gastrique est précoce ,l'extension régionale se fait très rapidement aux organes de voisinage (pancréas , côlon , foie , vésicule ) .

**2)voie lymphatique:** les ganglions régionaux sont d'abord envahis , dans le territoire drainage de la tumeur ,puis l'extension se fait aux ganglions des chaînes abdominales , para pancréatiques , lombo –aortiques , du hile et péri oeso phagiennes , le ganglion de troisier peut être révélateur .Les métastases ganglionnaires sont précoces

**3)Voie sanguine:** les métastases peuvent se développer dans tous les organes , les sites préférentiels par ordre décroissent foie , poumons , surrénales , ovaires os , thyroïde et Peau .

**4)Voie péritonéale :**

- Les T.ovariennes de Krukenberg peuvent être précoces ,métastase ovarienne d'un carcinome à cellules en bague chaton

### **VII)Dépistage de cancer de l'estomac :**

- Le cancer de l'estomac à un pronostique redoutable 70 % des patients décèdent dans l'année qui suit le diagnostic est le taux de survie à cinq ans n'est que 12% - 15 contre un patient ayant un cancer superficiel à un taux de survie de 98.5%
- Bien que le dépistage de masse ne soit pas envisageable seules les groupes à risque peuvent en bénéficier (maladie de Ménétrier , adénomes gastriques , ulcère) .

### **Références**

[1] G. Y. LAUWERS. Epithelial Neoplasms of the Stomach IN . D. Odze, J. R. Goldblum .Surgical Pathology of the GI Tract , Liver, Biliary Tract , and Pancreas 2009;563-79

[2]F.Carneiro,G.L.Lauwers. Epithelial tumors of the stomach. In Morson and Dawson's gastrointestinal pathology fifth edition 2013;180-222

[3]G.H.Lauwers,F.Carneiro,D.Y.Graham, M-P.Curado, S. Franceschi, E.Montgomery, M.Tatematsu, T.Hattori. Gastric carcinoma in WHO classification of tumors of the digestive system 2010;48-80



**LES CANCERS DE L'ESTOMAC**

**PRESENTE PAR**

**Dr H.BELKRALLADI**

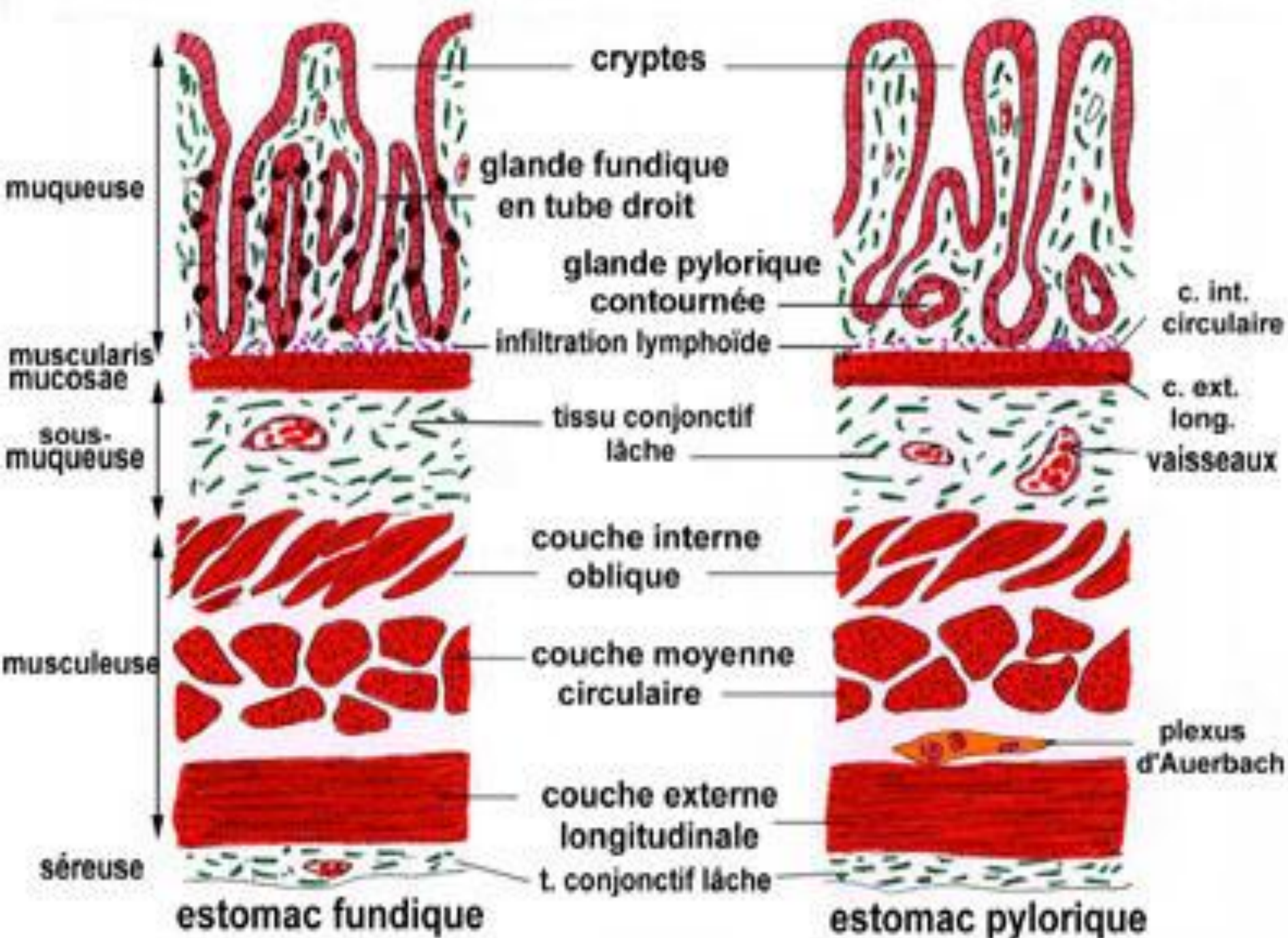
**MAITRE ASSISTANTE EN PATHOLOGIE**

**DJILLALI LIABES UNIVERSITY**

**Année universitaire 2014-2015**







# I) DEFINITION



- Les carcinomes gastriques sont des tumeurs malignes épithéliales ;
- Une tumeur biologiquement et génétiquement hétérogène à étiologie multifactorielle(génétique et environnementale).

## II) Données épidémiologiques

En Algérie, le cancer gastrique chez l'homme occupe le 5<sup>ème</sup> rang des cancers après : ceux du poumon, la vessie, colo-rectum et prostate ; et le 2<sup>ème</sup> rang des cancers digestifs après le cancer colorectal.

- Chez la femme, il occupe le 9<sup>ème</sup> rang des cancers et le 3<sup>ème</sup> rang des cancer digestifs après le colo-rectum et la vésicule biliaire.
- -l'incidence la plus élevée est au Japon et la plus faible est en Afrique.

■

- 
- 
- Les cancers gastriques représente 10% de tous les cancers dans le monde.
  - avant 30 ans, le carcinome est le plus souvent héréditaire se voit plus chez la femme que l'homme
  - Le siège de prédilection est la région antrale 60% des cas.

### III)Facteurs étiologiques :

#### A) *Les facteurs exogènes :*

- \*Les habitudes alimentaires : - Salage
- Fumage :richesse en hydrocarbures polycyclique
- Consommation excessive de viande surtout rouge,
- Stockage des légumes
  - Certains modes de cuisson (friture).
- \* Consommation du tabac , Alcool :
- \*Par contre le lait, les agrumes (vit.C.), les légumes frais ;la B-Carotène auraient un rôle protecteur..

- **B)Maladies et conditions prédisposantes**

- 1)Rôle de l'infection à helicobacter Pylori :

- Les études cas –témoins suggérant que le risque de cancer de l'estomac est 3 à 6 fois +élevé chez les sujets atteints d'une infection à helicabacter Pylori que chez les témoins . Le centre international de la recherche sur le cancer à classer H.P Parmi les carcinogènes gastriques certains

**2)Gastrite atrophique** :maladie de biermer .

### **3) L'ulcère gastrique :**

ce qui explique une surveillance endoscopique des ulcérations gastriques afin de ne pas manquer une transformation maligne .

### **4) Gastrectomie antérieure :**

Le risque de cancer sur moignon gastrique est élevé au delà de 15 ans

### **5) Maladie de ménétrier**

**6) La métaplasie intestinale :** due à la transformation de l'épithélium gastrique en un épithélium de type intestinal avec apparition de cellules caliciformes à pole muqueux ouvert.

## VI) Carcinogénèse gastrique

-gastrite à hp → gastrite chronique →  
gastrite chronique atrophique légère →  
gastrite chronique atrophique modérée →  
gastrite chronique atrophique sévère →  
métaplasie intestinale → dysplasie de bas  
grade → dysplasie de haut grade →  
carcinome intra-muqueux → carcinome  
invasif



# V)Diagnostic des tumeurs gastriques

**1)Circonstances de diagnostic** :Le cancer gastrique est le plus souvent longtemps asymptomatique notamment dans les formes végétantes . Le diagnostic est donc au stade de cancer invasif ( Baisse de l'état général, épigastralgie ,difficultés de digestion ,anorexie , amaigrissement ).


## **2)Examens biologiques :**


- Anémie
- Dosage des marqueurs tumoraux : ACE est ↑ dans 40% mais le souvent à un stade déjà évolué.
- Troubles de l'ionogramme.

### 3)endoscopie

pose le diagnostic endoscopique (macroscopique) dans la majorité des cas. Compléter par des prélèvements biopsiques pour confirmer le diagnostic histologique. il existe une association variable de trois types endoscopique :

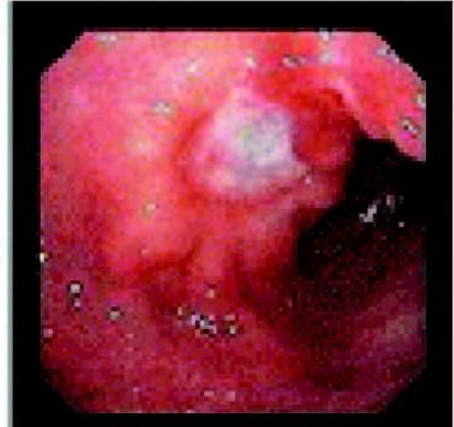
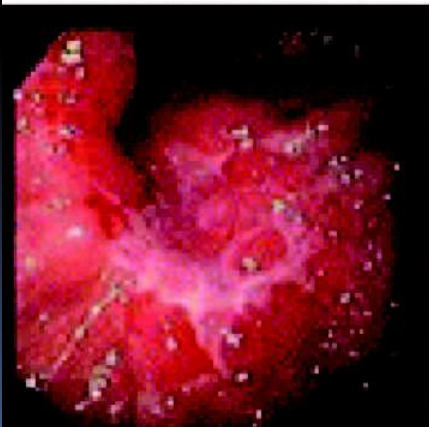
- \*Bourgeonnement
- \*Ulcération
- \*Infiltration :le prototype de cette forme est la linite Plastique .

- 
- Le diagnostic peut être difficile sur les biopsies, intérêt de multiplier les prélèvements et quelque fois, deux séances endoscopiques sont nécessaires pour poser le diagnostic



L'aspect endoscopique habituel est une masse bourgeonnante, creusée d'une ou plusieurs ulcérations avec une infiltration pariétale donnant un aspect de cancer en « lobe d'oreille »

# Aspect ulcéré







**Carcinome gastrique de type ulcéré .**

# Formation tumorale bourgeonnante à l'endoscopie







**Carcinome infiltrant diffus ou Linite gastrique .**

## VI)étude anatomopathologique

Le rôle de l'anatomopathologiste dans le cancer de l'estomac est différent suivant l'étape de la prise en charge du malade .

- \*Rôle diagnostique par l'examen de prélèvements biopsiques
- \*Rôle pronostique : par la détermination du degré d'extension tumorale sur la pièce opératoire pour la décision thérapeutique





# A) LES CLASSIFICATIONS HISTOLOGIQUES



# 1. Classification OMS 2010

## A) Lésions précancéreuses:

- Adénome
- Néoplasie intra épithéliale( dysplasie) de bas grade
- Néoplasie intra épithéliale( dysplasie) de haut grade

**NB: La Dysplasie** : anomalie acquise et durable associant , à des degrés divers , des atypies cellulaire , des anomalies de la différenciation et des modifications architecturales de la muqueuse gastrique

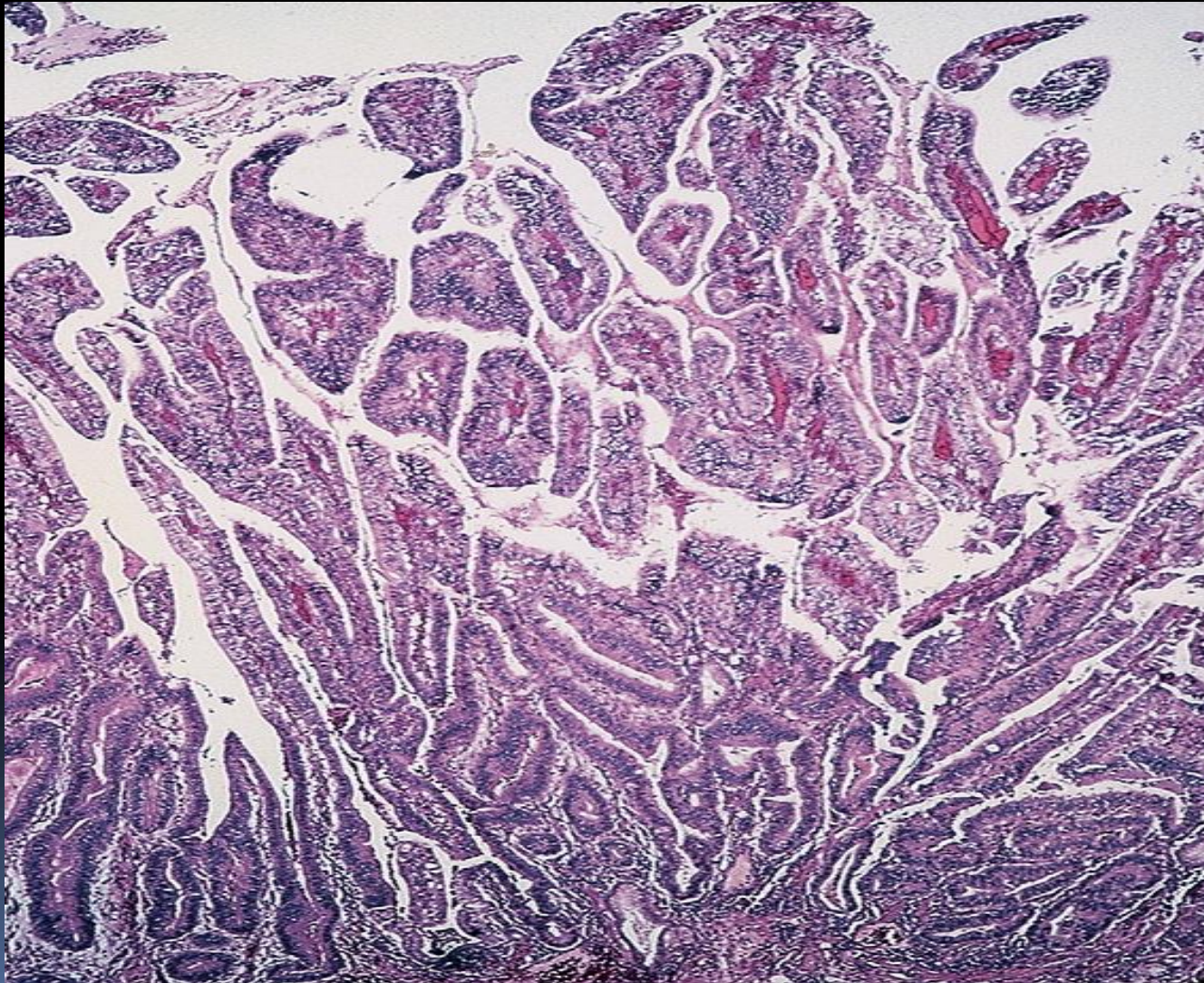
## B) Carcinome

1) Adénocarcinome : est le plus fréquent et représente environ 90% des cas.

### Papillaire

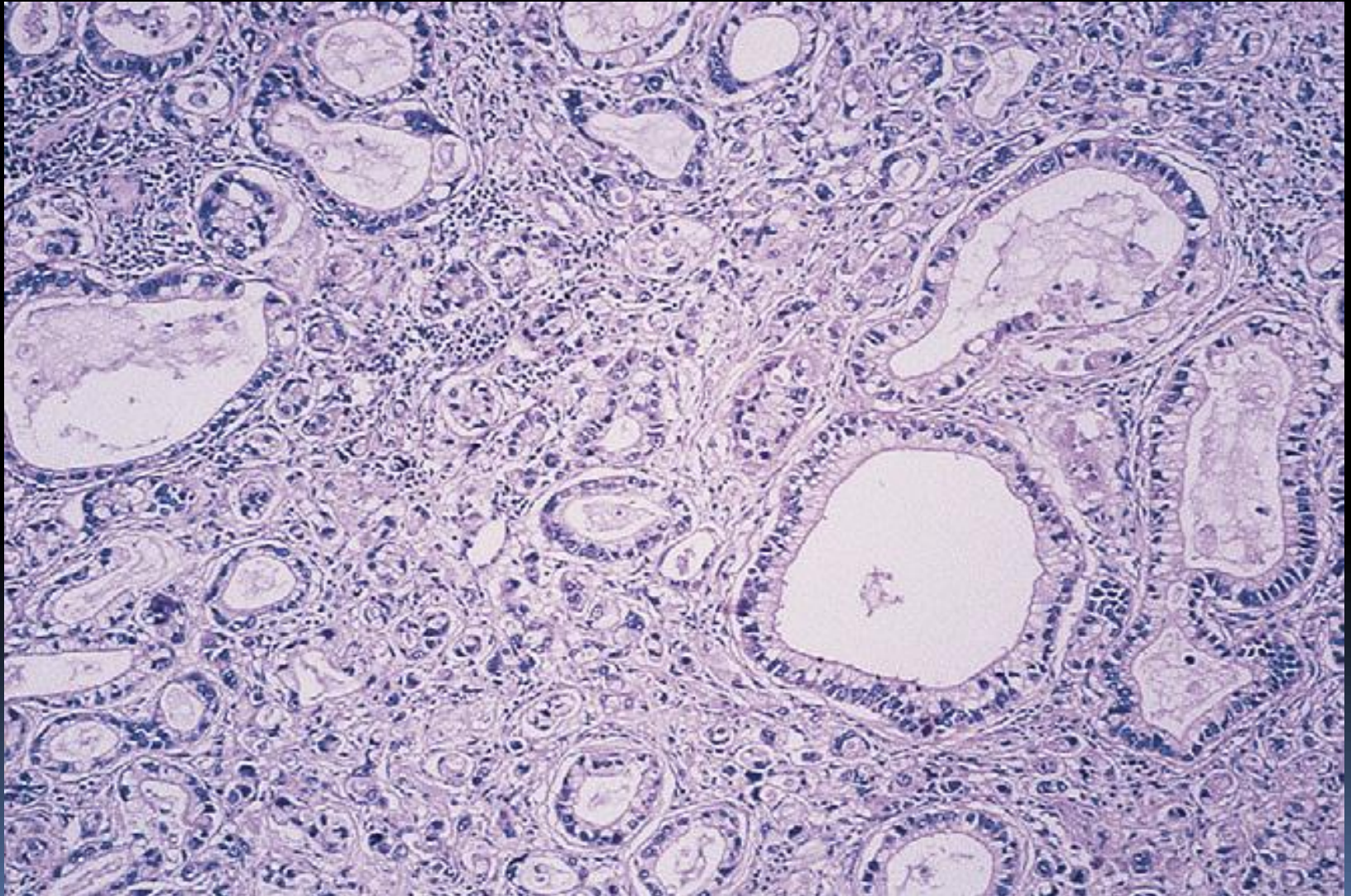
- Tubuleux
- Mucineux
- Peu différencié( incluant les carcinomes en bague à chaton et autres carcinomes )
- Mixte
- Carcinome rare(adénosquameux, à stroma lymphoïde « carcinome médullaire », épidermoïde, hépatoïde, indifférencié)

# ADENOCARCINOME PAPILLAIRE

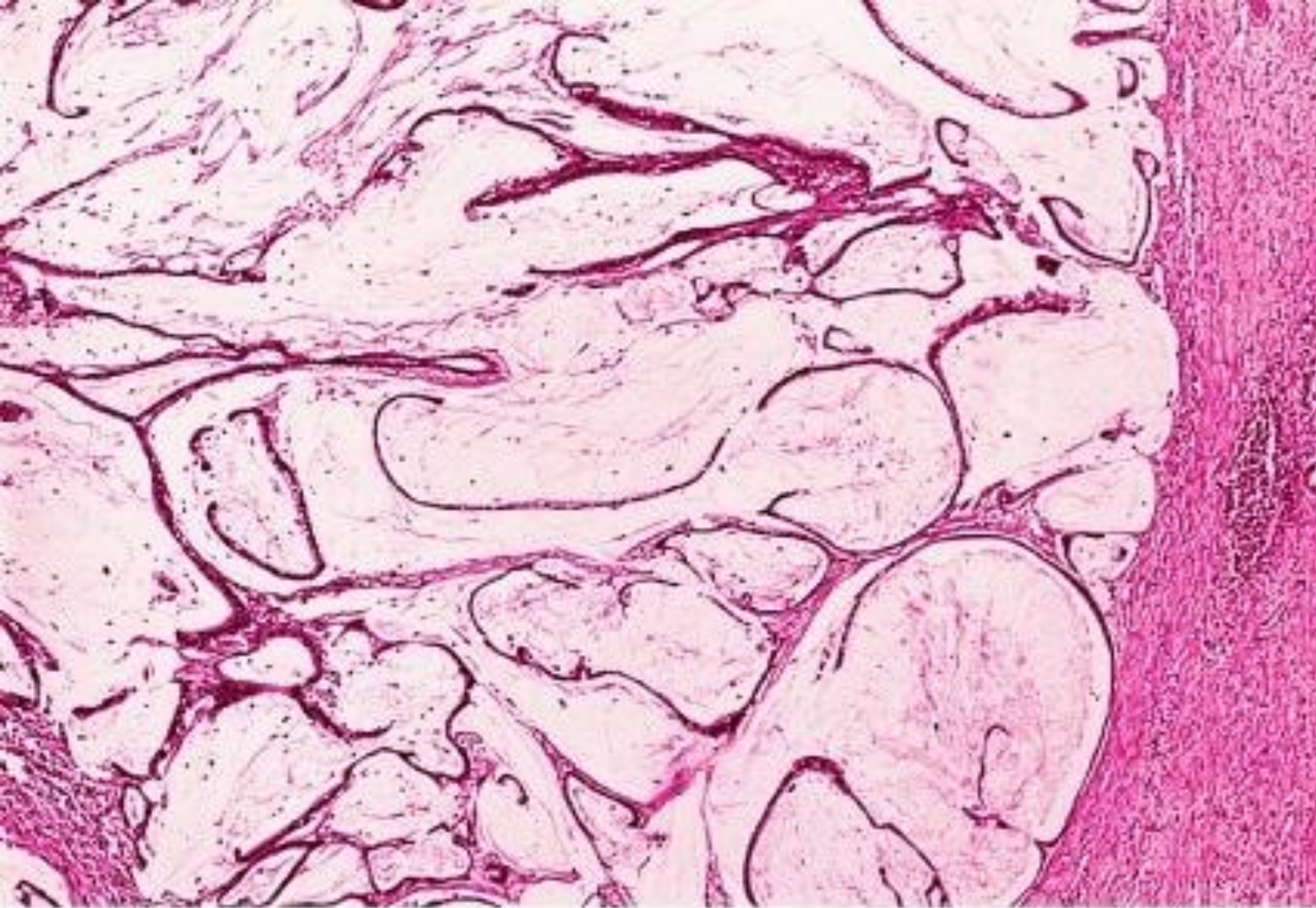




# ADENOCARCINOME TUBULEUX



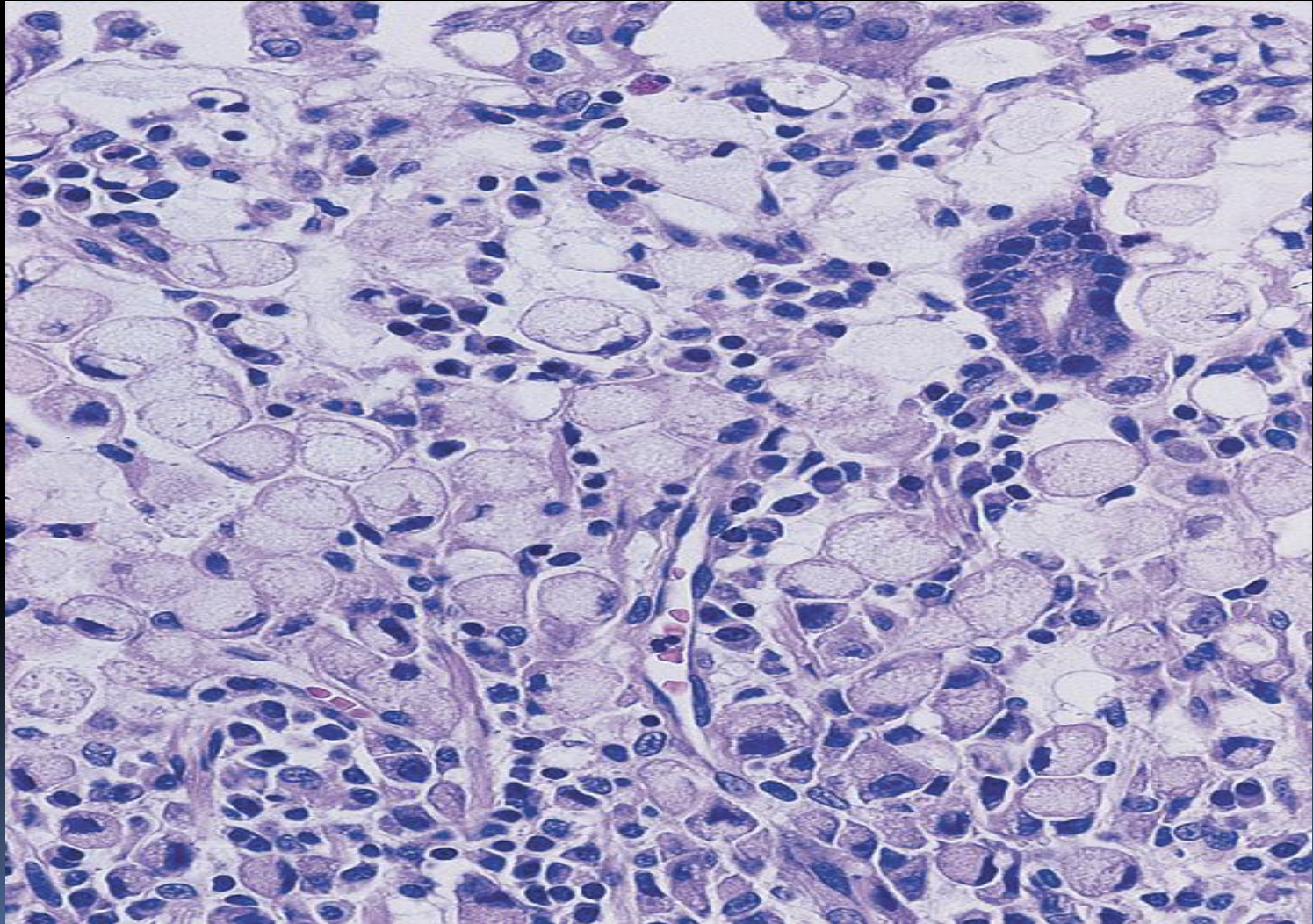




**Adénocarcinome mucineux ou colloïde muqueux .**



# CARCINOME A CELLULES EN BAGUE A CHATON



- C) néoplasie neuroendocrine 0,3%
- -tumeur neuroendocrine (NET): G1, G2
- Carcinome neuroendocrine: à petites et à grandes cellules eus

## D) Tumeurs mésenchymateuses

- -tumeur glomique
- -GIST (tumeur stromale gastro-intestinale 5%)
- - Autres.....
- E) lymphomes 5-10%
- F) les tumeurs secondaires 1,7 – 5,4%



## 2. Classification de LAUREN et variante de mulligan : (1965)

- Basée sur des critères histologiques et architecturaux :

### a) la forme intestinale :

- Réalise la structure d'un ADK tubulé ou papillaire bien différencié (Bon Pc).

### b) La forme diffuse :



- faite surtout de carcinome à cellules en bague à chaton (mauvais pronostic)

# 3. Classification clinique

## TNM

### T – Tumeur primitive

- TX La tumeur primitive ne peut être évaluée
- To Pas de tumeur primitive décelable
- Tis Carcinome in situ : tumeur intraépithéliale ne franchissant pas la lamina propria
- T<sub>1</sub> Tumeur envahissant la lamina propria ou la sous-muqueuse

- 
- 
- **T2 Tumeur envahissant la musculieuse ou la sous-séreuse**
  - **T2a Tumeur envahissant la musculieuse**
  - **T2b Tumeur envahissant la sous-séreuse**
  - **T3 Tumeur envahissant la séreuse (péritoine viscéral) sans envahissement des structures adjacentes**
  - **T4 Tumeur envahissant les structures adjacentes**

# N –(node) Adénopathies régionales

- NX Les adénopathies régionales ne peuvent être évaluées
- No Pas d'adénopathie régionale métastatique
- N1 Une à six adénopathies régionales métastatiques
- N2 Sept à quinze adénopathies régionales métastatiques
- N3 plus de quinze adénopathies régionales métastatiques

# M – Métastases à distance

- **MX** Les métastases à distance ne peuvent être évaluées
- **Mo** Pas de métastase à distance
- **M1** Métastases à distance



## B) Description de variantes histologiques

# 1) Tumeurs endocrines



- Les tumeurs endocrines gastriques surviennent dans la majorité des cas sur un terrain de gastrite atrophique fundique auto-immune (maladie de Biermer). Elles sont alors multiples, de petite taille, d'évolution lente et métastasent exceptionnellement.
- Il existe aussi des tumeurs endocrines sporadiques, notamment des carcinomes peu différenciés
- Immunohistochimie: (Synaptophysine ,NSE, chromogranine )

## 2) Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)

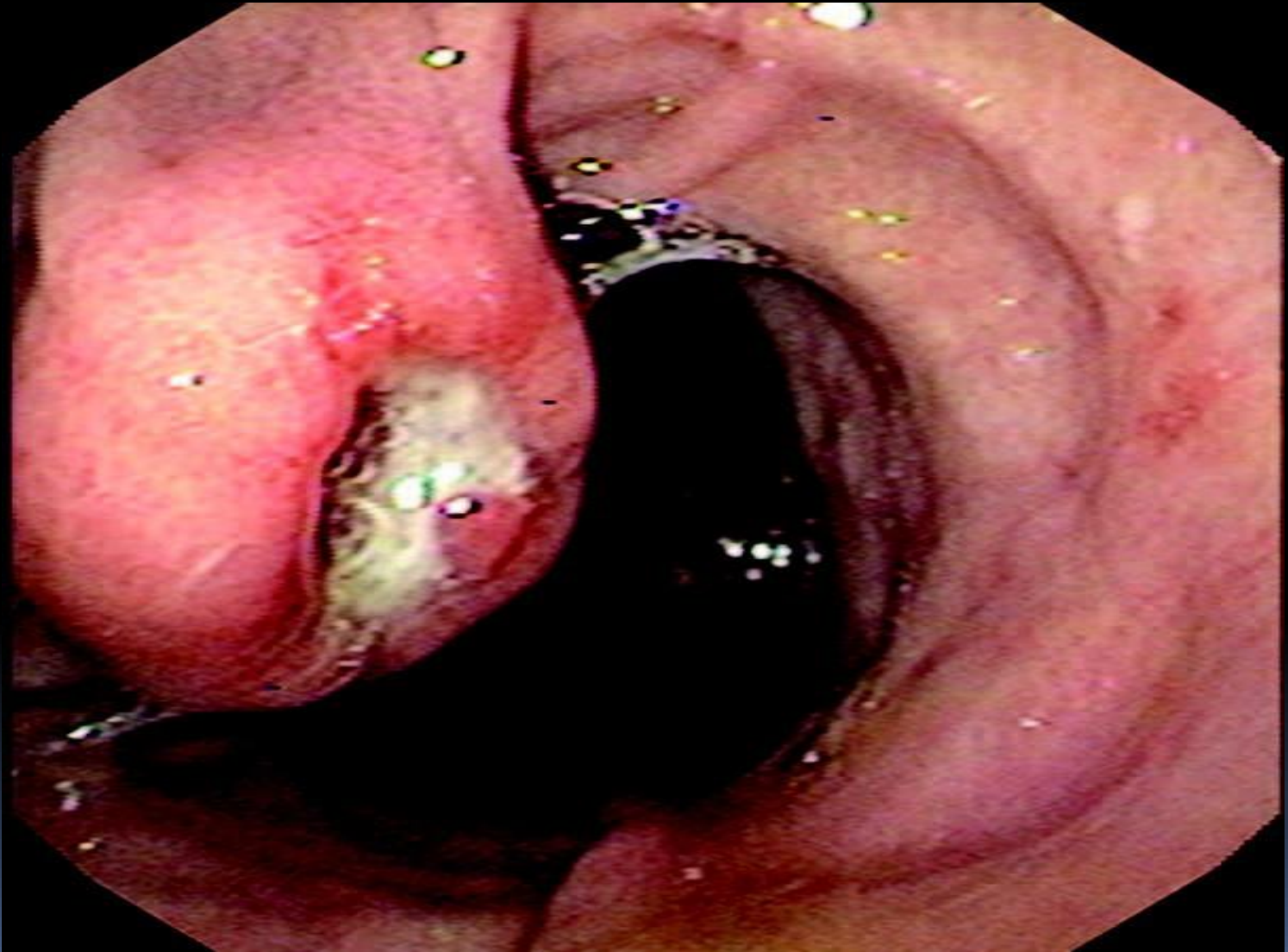
Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs mésenchymateuses rares se

- développant dans les 2 tiers des cas aux dépens de la couche musculuse de l'estomac.
- Elles sont caractérisées par l'expression positive en immunohistochimie d'un récepteur transmembranaire CD117 (c-kit) ou Dog1 .



- 
- 
- Elles sont souvent de découverte fortuite.
  - Le diagnostic repose sur l'endoscopie et l'écho-endoscopie qui mettent en évidence une masse sous-muqueuse, parfois ulcérée, avec développement exogastrique fréquent .
  - *Le traitement de base est l'exérèse chirurgicale sans curage ganglionnaire extensif.*
  - *un traitement par l'imatinib (Glivec) est indiqué (inhibiteur enzymatique de l'activité du récepteur c-kit).*

# GIST



### 3) Lymphomes gastriques primitifs

- Les lymphomes gastriques représentent 3 % des cancers gastriques. Ils peuvent être de 2 types :


1) Lymphome gastrique(MALT) :Mucosa Associated Lymphoid Tissue :fait de *petites cellules de bas grade de malignité*

- Les lymphomes gastriques de type MALT sont souvent peu symptomatiques et sans signe biologique spécifique.

Le diagnostic repose sur l'endoscopie (lésions pseudoinflammatoires ou tumorales) avec biopsies multiples.

Ce lymphome est lié à l'infection chronique à *H. pylori*, avec une évolution très lente.

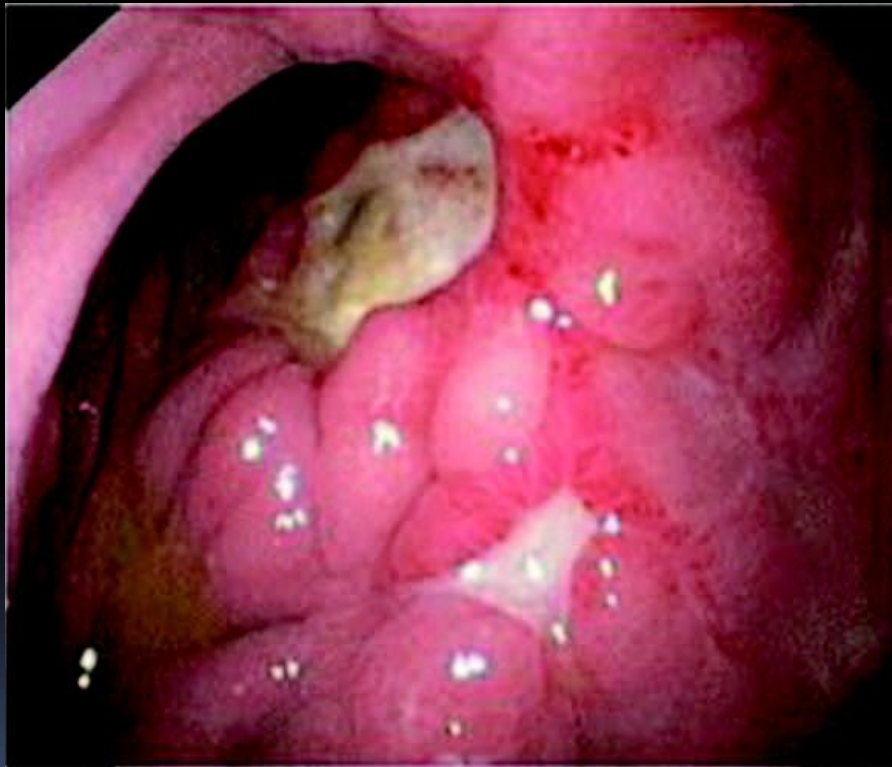
*Le traitement des formes localisées* repose sur l'éradication de *H. pylori* qui permet la régression du lymphome dans 70 % des cas.



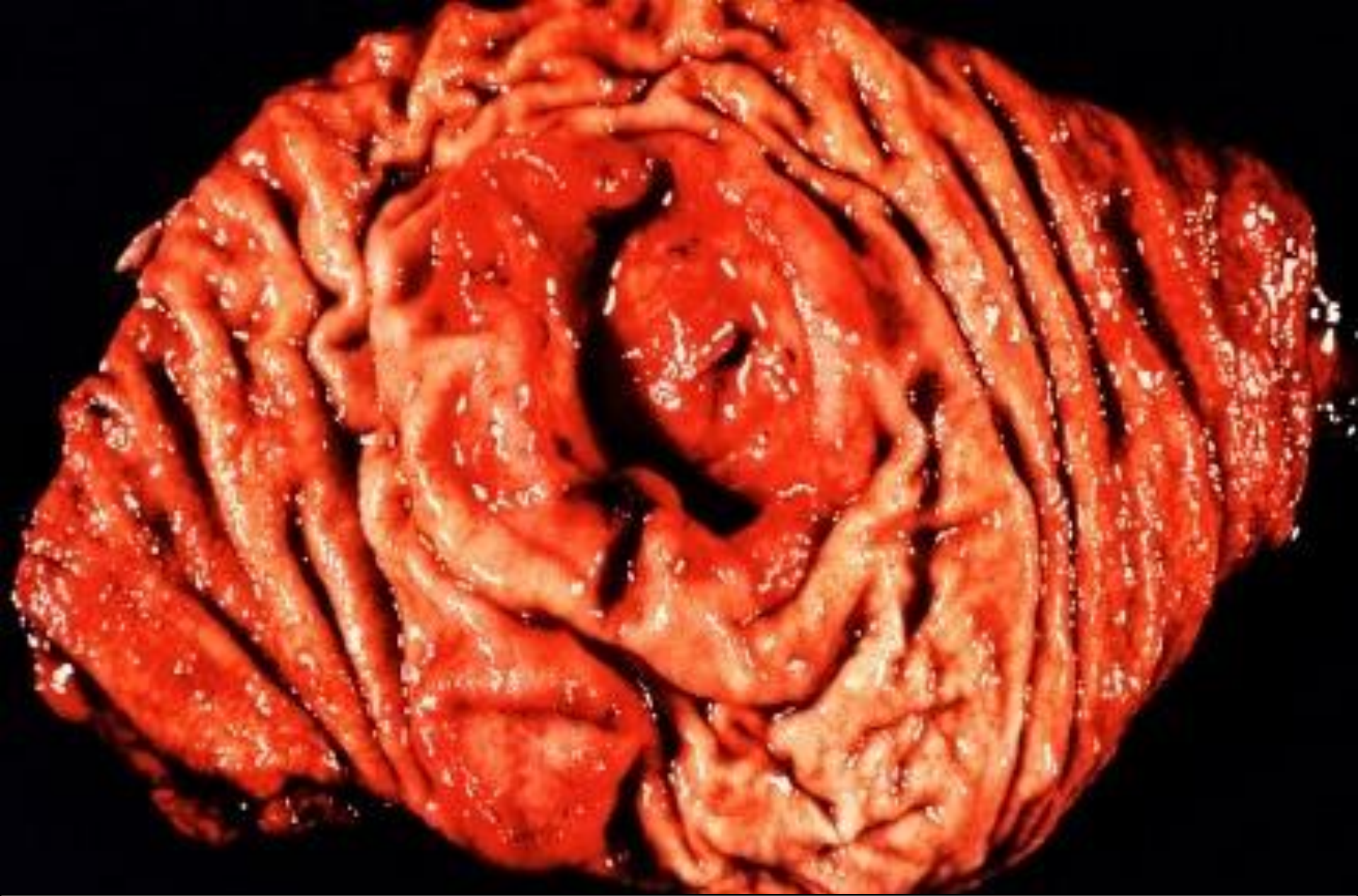
2) Les lymphomes gastriques à grandes cellules sont de haut grade de malignité, plus rares, Ils se présentent sous la forme d'une tumeur plus volumineuse et ulcérée .

- **Le traitement repose sur la polychimiothérapie.**

# Aspect endoscopique polypoïde d'un lymphome







**Lymphome malin à grandes cellules , large masse  
ulcérée .**

## **4) LES TUMEURS SECONDAIRES OU METASTASES**

Les 3 principales tumeurs responsable de localisation gastrique secondaires :  
Cancer des broncho-pulmonaires , Sein  
et le mélanome .

Plus rarement : Cancer de la thyroïde ,  
rénal ou hépatique.



## XI/Formes anatomo -cliniques particulières :

### A/Cancer superficiel de l'estomac :

est limité à la muqueuse

- Evolution : Lente , Bon Pronostic (Intérêt de diagnostic car la survie à 5 ans à 90% ).
- Le traitement est chirurgical et seule la disponibilité d'une pièce opératoire permet le diagnostic de certitude du cancer superficiel.

## B.) Adénocarcinome du cardia

- C'est un cancer de la jonction oeso-gastrique.
- Il est souvent révélé par une
- dysphagie.

## C.) Linite gastrique

- Il s'agit d'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.

Elle représente 10 % des cancers gastriques et survient chez des sujets plus jeunes avec une prédominance féminine.

## D) Adénocarcinomes gastriques diffus héréditaires

*Les cancers gastriques diffus héréditaires sont dus à une mutation germinale du gène CDH1 à transmission autosomique dominante, responsable de la perte de fonction de la protéine ECadhérine.*

- *Le diagnostic doit être évoqué quand:*
  - *dans une même famille et sur au moins deux générations successives, il existe 2 cas,*

## VII)Facteurs pronostiques

- **Envahissement ganglionnaire :Facteur de mauvais pronostique +++**
- **Envahissement Péri nerveux (EPN)**  
est actuellement considéré comme un facteur pronostique supplémentaire indiquant le potentiel d'évolutivité du cancer gastrique
- **La présence d'emboles vasculaires** : signe de mauvais pronostic prédictif de métastase à distance .

## - la linité plastique :

- Elle représente la forme typique des cancer infiltrant , la paroi gastrique est épaissie cartonnée , rétractée de façon circulaire.
- Histologie : carcinome à cellule indépendantes « en bague à chaton avec un stroma scléreux abondant ».
- Pronostic : Défavorable .

## VIII) Mode d'extension

### 1)Contiguïté :

L'extension transpariétale du carcinome gastrique est précoce , l'extension régionale se fait très rapidement aux organes de voisinage (pancréas , côlon , foie , vésicule ) .

2)voie lymphatique: les ganglions régionaux sont d'abord envahis , dans le territoire drainage de la tumeur , puis l'extension se fait aux ganglions des chaînes abdominales , para pancréatiques , lombo-aortiques , du hile et péri oeso phagiennes , le ganglion de troisier peut être révélateur .Les métastases ganglionnaires sont précoces

- **3) Voie sanguine:** les métastases peuvent se développer dans tous les organes , les sites préférentiels par ordre décroissent foie , poumons , surrénales , ovaires os , thyroïde et Peau .
- **4) Voie péritonéale :**
- Les T .ovariennes de Krukenberg peuvent être précoces ,métastase ovarienne d'un carcinome à cellules en bague chaton

## VII) Dépistage de cancer de l'estomac :

- Le cancer de l'estomac à un pronostique redoutable 70 % des patients décèdent dans l'année qui suit le diagnostic est le taux de survie à cinq ans n'est que 12% - 15 contre un patient ayant un cancer superficiel à un taux de survie de 98.5%
- Bien que le dépistage de masse ne soit pas envisageable seules les groupes à risque peuvent en bénéficier (maladie Ménétrier, adénomes gastriques, ulcère



# Références

[1] G. Y. LAUWERS. **Epithelial Neoplasms of the Stomach**

- IN . D. Odze, J. R. Goldblum .Surgical Pathology of the GI Tract , Liver, Biliary Tract , and Pancreas **2009;563-79**

**2)F.Carneiro,G.L.Lauwers. Epithelial tumors of the stomach. In Morson and Dawson's gastrointestinal pathology fifth edition 2013;180-222**

**3) G.H.Lauwers,F.Carneiro,D.Y.Graham, M-P.Curado, S. Franceschi, E.Montgomery, M.Tatematsu, T.Hattori. Gastric carcinoma in WHO classification of tumors of the digestive system 2010;48-80**