

Adénocarcinome Superficiel de l'Estomac

Wael Rebai, Fadhel Fterich, Amin Makni, Rachid Ksantini, Haykel Bedioui, Amine Daghfous, Faouzi CHEbbi, Mohamed Jouini, Adel Ammous, Montasser Kacem, Zoubeir Ben Safta

Service de chirurgie générale A, Hôpital la Rabta, jabbari Tunis

W.Rebai, F.Fterich, A.Makni, R.Ksantini, H.Bedioui, A.Daghfous, F.CHEbbi, M.Jouini, A.Ammous, M.Kacem, Z.Ben Safta

ADÉNOCARCINOME SUPERFICIEL DE L'ESTOMAC

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 87 (n°01) : 1 - 4

R É S U M É

But : le but de ce travail était d'étudier le profil épidémiologique et clinique de l'adénocarcinome superficiel de l'estomac, de préciser ses caractéristiques anatomopathologiques, thérapeutiques ainsi que son pronostic.

Méthodes : Sur une période de 14 ans (1990- 2004), 16 malades ont été opérés d'un adénocarcinome gastrique superficiel parmi 155 cancers gastriques réséqués durant la même période dans le service de chirurgie A la Rabta.

Résultats : L'adénocarcinome superficiel de l'estomac avait représenté 10.3% de toute la série. L'âge moyen était de 59 ans. Il s'agissait de 8 hommes et 8 femmes. Deux malades étaient suivis pour un ulcère gastrique chronique, un patient pour anémie de Biermer et un autre pour maladie de Ménétrier. Parmi ces cancers, 12 étaient intra muqueux et 4 envahissaient la sous muqueuse. L'envahissement ganglionnaire n'était présent que chez un seul malade. Le cancer siégeait au niveau de l'antrum 8 fois et était multifocal 3 fois. Un seul malade était décédé en postopératoire immédiat d'une cause médicale. La survie globale à 5 ans était de 65,6%. La récurrence n'avait intéressé qu'un seul malade.

Conclusion : l'adénocarcinome superficiel de l'estomac est rare. La surveillance des états précancéreux permet sa découverte. Le traitement est la gastrectomie associée à un curage ganglionnaire de type D1. Son caractère multifocal impose la surveillance du moignon gastrique restant.

M O T S - C L É S

adénocarcinome superficiel- estomac- gastrectomie- pronostic.

W.Rebai, F.Fterich, A.Makni, R.Ksantini, H.Bedioui, A.Daghfous, F.CHEbbi, M.Jouini, A.Ammous, M.Kacem, Z.Ben Safta

EARLY GASTRIC ADENOCARCINOMA

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 87 (n°01) : 1 - 4

S U M M A R Y

Aim: the purpose of this study was to determine the epidemiological and clinical behaviour of the superficial adenocarcinoma of the stomach, to clarify its pathological characteristics, therapeutic as well as its prognosis.

Methods: Over a period of 14 years (1990-2004), 16 patients were operated for a superficial gastric adenocarcinoma among 155 gastric cancers treated during the same period in the service of general surgery "A" La Rabta.

Results: The superficial gastric adenocarcinoma represented 10.3 % of our series. The mean age was 59 years. It was about 8 men and 8 women. Two patients were followed for a chronic stomach ulcer, a patient is followed for Biermer anaemia and another one for Menetrier disease. Among these cancers, 12 were intra mucosal and 4 invaded the submucosa. Lymph node involvement was present only in one case. The cancer was located in the antrum in 8 cases and was multifocal in 3 cases. One patient died in postoperative case because of a medical cause. The 5-year-overall survival was 65,6 %. The recurrence had interested only one patient.

Conclusion: the superficial gastric adenocarcinoma is rare. The follow up of precancerous states allows its diagnosis. The treatment is based on the gastric resection associated to the D1-type lymph node clearance. The multifocal character imposes a surveillance of the remaining gastric stump.

K E Y - W O R D S

superficial adenocarcinoma; stomach; gastrectomy; prognosis..

L'adénocarcinome superficiel de l'estomac ou « early gastric cancer » est défini comme une tumeur n'ayant pas dépassé la musculaire muqueuse avec ou sans envahissement ganglionnaire.

La découverte de l'adénocarcinome (ADK) gastrique à ce stade offre au malade la possibilité d'un traitement curatif non invasif et une survie prolongée. Ce stade est rare et n'est fréquent qu'au Japon où sa découverte est favorisée par les campagnes de dépistage (1).

Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique de l'ADK superficiel, de préciser ses aspects cliniques, ses caractéristiques anatomopathologiques, son traitement ainsi que son pronostic à propos d'une série rétrospective de 16 malades opérés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre Janvier 1990 et Décembre 2004, 155 ADK gastriques ont été réséqués dans le service de chirurgie « A » La Rabta. Nous avons inclus dans notre étude 16 adénocarcinomes superficiels réséqués. Pour tous les malades, nous disposons des données de l'examen clinique et des examens diagnostiques réalisés (fibroscopie, biopsies et transit oesogastroduodénal). Pour chaque malade, nous avons précisé le type de résection gastrique et du curage ainsi que les caractéristiques anatomopathologiques de la tumeur (siège, taille, le nombre de ganglions prélevés, le nombre de ganglions envahis). Les lésions étaient classées selon leur aspect macroscopique d'après MuraKami (2) en quatre types :

- Type I: polypoïde.
- Type II : plan (IIa : surélevé, IIb : plan ; IIc : déprimé).
- Type III : Ulcéré (ulcéro-cancer)

L'ADK superficiel a été classé histologiquement selon la classification de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) en bien différencié, peu différencié, colloïde muqueux et à cellules indépendantes (3). En ce qui concerne l'extension du cancer, le type muqueux pur a été distingué du cancer atteignant la sous muqueuse. La morbidité et la mortalité post opératoires ont été notées. Le suivi avait intéressé tous les malades. Il était réalisé de façon régulière à la consultation externe. Il avait comporté outre l'examen clinique, une radiographie du thorax, une échographie abdominale et pour certains une fibroscopie. Aucun malade n'était perdu de vue. Le suivi minimum est de 16 mois. La récurrence a été signalée à la date où elle était mise en évidence. La survie globale actuarielle des malades opérés pour ADK gastrique superficiel était calculée selon la méthode de Kaplan Meier et était comparée à celle des autres ADK gastriques réséqués en utilisant le test de logrank.

RÉSULTATS

L'ADK superficiel avait représenté 10.3% de l'ensemble des ADK gastriques réséqués durant la même période. Il s'agissait de 8 hommes et 8 femmes. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 59 ans avec des extrêmes de 36 et 67 ans.

Parmi les malades, 2 étaient suivis pour un ulcère gastrique chronique, un pour une maladie de Biermer et un pour maladie de Ménétrier.

Parmi les signes cliniques présents au moment du diagnostic, les douleurs épigastriques étaient les plus fréquentes. Il s'agissait d'une épigastrie d'allure ulcéreuse 7 fois et sans caractères particuliers 8 fois. Les autres symptômes étaient plus rares : anémie, hématurie, méléna, troubles dyspeptiques, diarrhée et dysphagie. Le caractère superficiel du cancer n'a jamais été mis en évidence en préopératoire.

Le cancer siégeait au niveau de l'antre 8 fois, au niveau du corps 5 fois et était multifocal 3 fois. La taille moyenne était de 3 cm avec des extrêmes de 1 et 5 cm. Le type I était observé chez 3 malades, le type II chez 8 malades et le type III chez 5 malades.

La tumeur était bien différenciée 12 fois, moyennement différenciée 1 fois et à cellules en bague à chaton 3 fois. Elle était intra muqueuse 12 fois et envahissait la sous muqueuse 4 fois (tableau 1). L'envahissement ganglionnaire était observé une fois.

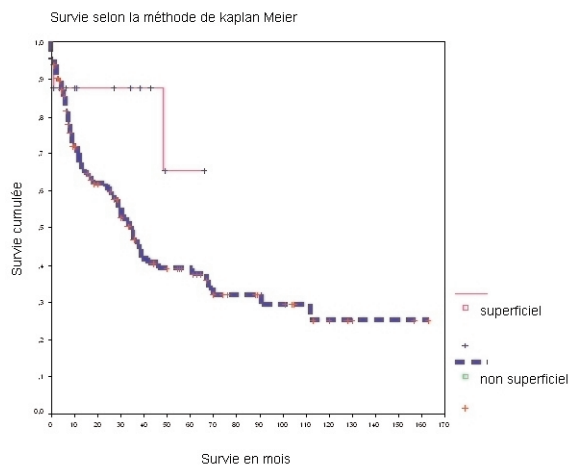
Tableau 1 : caractéristiques épidémiologiques, anatomopathologiques et thérapeutiques.

Age moyen	59 ans
Sexe	
Homme	8
Femme	8
Classification de Murakami	
Type I	3
Type II	8
Type III	5
Lésions précancéreuses	
Ulcère gastrique	2
Anémie de Biermer	1
Maladie de Ménétrier	1
Localisation	
Corps	5
Antre	8
Multifocale	3
Gestes	
Gastrectomie totale	6
Gastrectomie sub totale	10
Envahissement en profondeur	
intra muqueux	12
Sous muqueux	4

Le geste avait consisté en une gastrectomie totale 6 fois et en une gastrectomie subtotale 10 fois. Le curage ganglionnaire était de type D2 sans splénectomie.

Nous déplorons un décès postopératoire immédiat de cause médicale, soit une mortalité de 6.25%. Un malade est décédé par récurrence dans un délai de 48 mois. La survie globale à 5 ans était de 65,6% (figure 1). La médiane de survie était de 45 mois.

Figure 1 : courbe de survie



DISCUSSION

La proportion des cancers superficiels se situe entre 15% et 20% en Europe (4,5). Au Japon, la fréquence est plus élevée entre 30 et 35 % et s'explique par les campagnes de dépistage systématique (6). Dans notre série, il n'avait représenté que 10.3% de l'ensemble des malades réséqués durant la même période. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le cancer gastrique est souvent déjà avancé lorsqu'apparaissent les symptômes. L'incidence du cancer superficiel de l'estomac tend à augmenter. Au Japon, elle est passée de 5% en 1960 à 40% en 1985. Cette augmentation s'explique par les programmes de dépistage qui ont intéressé 14 % de tous ceux qui ont plus de 40 ans en 1991, le développement de l'endoscopie avec la pratique de biopsies systématiques et la surveillance endoscopique des malades après gastrectomie (7).

Les caractéristiques épidémiologiques du cancer superficiel sont proches de celles de l'ADK de l'estomac. En effet, dans la littérature on observait une prédominance masculine (1), constatation non retrouvée dans notre série. L'âge au moment du diagnostic est en moyenne 3 ans plus jeune que celui du cancer avancé. Le mode de révélation le plus fréquent était la douleur épigastrique (1).

Une étude Allemande avait constaté que la symptomatologie de l'ADK superficiel gastrique était plus proche de celle de l'ulcère que celle du cancer évolué, où l'amaigrissement et l'anorexie sont le plus souvent rencontrés (4). L'hémorragie

digestive ou l'anémie étaient plus rares. Le diagnostic est fait grâce à une endoscopie minutieuse et attentive. On insiste sur l'importance des biopsies systématiques devant toute anomalie de couleur ou de relief de la muqueuse gastrique qui est mieux appréciée par l'enregistrement vidéo. Dans certaines séries, l'ADK superficiel gastrique se situe préférentiellement dans l'antrum (5,8), dans d'autres au niveau du corps (4). La localisation préférentielle dans notre série était l'antrum. Le caractère multifocal est l'une des caractéristique du cancer superficiel ce qui pose le problème de leur détection pré opératoire. La coloration vitale au cours de la fibroscopie ou l'écho endoscopie (EE) au mieux utilisant les sondes de hautes fréquences (20 et 30 Mhz) peuvent contribuer à la recherche du caractère multifocal. Dans la littérature la multifocalité est estimée à 10% (9). Ceci pose le problème de l'étendue de l'exérèse et de la surveillance du moignon gastrique restant. Dans notre série la multifocalité a été mise en évidence à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire chez 3 malades. Le cancer superficiel était de plus petite taille que le cancer invasif, en moyenne 30 mm dans notre série. Cependant, certains cancers superficiels peuvent atteindre une grande taille. En effet, près de 20% des cas mesurait plus de 50 mm dans leur plus grand diamètre (1) comme c'était le cas pour l'un de nos malades.

Certains auteurs avaient observé une relation entre la taille du cancer et son pronostic (10). Les formes ulcérées étaient les plus fréquentes dans la plupart des séries (5). Ceci n'est pas surprenant car les lésions ulcérées sont probablement plus rapidement symptomatiques et de manière plus bruyante que les autres types macroscopiques, conduisant plus précocement à la réalisation d'une gastroscopie.

Notre étude confirme que l'ADK superficiel peut s'accompagner de métastases ganglionnaires, surtout en cas d'atteinte de la sous muqueuse. Pour les tumeurs strictement limitées à la muqueuse le risque d'extension lymphatique est très faible (0 à 3%) (11). Le risque de métastases ganglionnaires lorsque le cancer s'étend dans la sous muqueuse, oscille entre 7 et 20% (11). C'est l'EE qui permet de préciser la profondeur de la tumeur et de différencier les tumeurs limitées à la muqueuse de celles envahissant la sous muqueuse avec une fiabilité variable en fonction du type endoscopique de la lésion et du type histologique de la tumeur (7).

La discussion concernant le choix du geste chirurgical persiste, ainsi que celui de la lymphadenectomie.

La mucosectomie par voie endoscopique, joue un grand rôle dans le traitement du cancer superficiel de l'estomac au Japon où cette indication intéressait 60% des cancers superficiels (11). La plupart des auteurs s'accordent à réserver la mucosectomie aux cancers différenciés type I, IIa et IIb de moins de 2 centimètres de diamètre. Pour le IIc, on exige une taille inférieure à 1 centimètre. L'indication de la mucosectomie a été élargie aux malades inopérables, à haut risque chirurgical. Chez ces malades des tumeurs atteignant 3 cm de diamètre, on peut être réséquées complètement par voie endoscopique mais ceci expose au risque de méconnaître une extension en profondeur et/ou lymphatique. Les complications de la mucosectomie sont rares entre les mains d'endoscopistes expérimentés et permet

des taux de survie à long terme comparables à ceux obtenus avec le traitement chirurgical (11). Les malades non candidats à la mucosectomie endoscopique (insuffisance cardiaque sévère, thrombocytopénie) peuvent bénéficier d'autres techniques endoscopiques développées récemment tels que la coagulation au plasma argon, le traitement au laser et le traitement photodynamique (12,13).

Certains auteurs préconisaient une gastrectomie totale «de principe », avec résection du premier relais ganglionnaire, malgré la morbidité élevée associée à ce geste. Toutefois, la gastrectomie totale n'a pas fait la preuve de sa supériorité par rapport à la gastrectomie subtotale dans le cancer de l'antrum (14). Seule la localisation du cancer justifie ce geste. L'idée d'une résection gastrique limitée est certes séduisante sur le plan fonctionnel, mais ne règle pas les risques de foyers multicentriques ou d'une repermeation gastrique tumorale sous muqueuse à proximité de la tumeur primitive.

Le choix d'une lymphadenectomie et ses modalités sont encore un sujet de discussion. Certains préconisent l'ablation en bloc des ganglions régionaux, d'autres estiment cette décision agressive et de supériorité non établie (1).

Actuellement les auteurs Japonais préconisent une réduction de la résection gastrique et du curage ganglionnaire et proposent une résection gastrique limitée à la zone tumorale et péri tumorale, associée à un curage ganglionnaire régional. Ce geste peut être réalisé par voie laparoscopique (15). D'autres réalisent une gastrectomie avec préservation pylorique chaque fois que le curage pylorique n'est pas nécessaire (16).

La mortalité opératoire dans notre série était de 6,25%, comparable à celle des autres séries de la littérature (8,14,17).

Le taux de survie à 5 ans est en général supérieur à 90% dans les grandes séries japonaises et occidentales (18). Les récurrences sont rares et surviennent au niveau du foie, du péritoine, du poumon et de l'os et ne sont observées qu'en cas d'envahissement de la sous muqueuse (18). Dans notre série la survie à 5 ans des ADK superficiels de l'estomac était de 65,6% alors que celle des cancers gastriques non superficiels était de 38,9% avec une différence significative ($p=0.02$). La survie spécifique à 5 ans (qui ne considère que les décès en rapport direct avec le cancer) dans notre étude était de 70 %. Ces résultats indiquent que la survie de l'ADK superficiel est plus basse que ne le suggèrent certaines séries. Parmi les facteurs pronostiques habituellement décrits (8,10,14), l'extension ganglionnaire est souvent le facteur le plus important bien qu'il ne semble pas dans certaines séries influencer la survie. L'ADK intra muqueux a habituellement un pronostic un peu meilleur que celui envahissant la sous muqueuse. La survie de l'ADK gastrique est meilleure lorsqu'il siège dans l'antrum (8) probablement parce qu'il est plus rapidement symptomatique.

CONCLUSION

L'ADK superficiel reste dans notre série un aspect rare du cancer gastrique. Un état précancéreux a été mis en évidence chez 4 malades dont 2 ulcères chroniques gastriques, ce qui

suggère une surveillance étroite de ces lésions surtout à l'âge de survenue du cancer. La gastrectomie était la seule option envisageable et avait prouvé le bon pronostic à ce stade.

La surveillance post opératoire du moignon gastrique restant est nécessaire vu le caractère multifocal de ce cancer. L'idéal serait de découvrir l'ADK gastrique en préopératoire pour faire bénéficier au malade un traitement peu invasif.

Références

1. Benhamiche .AM, Faivre .J, Tazi .MA, Darsouni .R, Villing .AL, Couillant .C. les cancers superficiels de l'estomac : évolution de leurs caractéristiques sur une période de 20 ans dans une population. *Gastroentérologie Clin Biol*.1998; 22 :13-18.
2. Murakami T. Pathological diagnosis, definition and gross classification of early gastric cancer. *Gan Monogor Cancer Res* 1971;11:53-66.
3. Oota K, Sobin LH. Histological typing of gastric and oesophageal tumors. Geneva,WHO,1977.
4. Eckardt VF, Giesler W, Kanzler G, Remmele W, Bernhard G. Clinical and morphological characteristics of early gastric cancer. *Gastroenterology* 1990;98:708-14.
5. Biasco G, Paganelli GM, Azzaroni D, Grigioni WF, Merighi SM, Stoja R et al. Early gastric cancer in Italy. Clinical and pathological observations on 80 cases. *Dig Dis Sci* 1987; 32 :113-20.
6. Inoue K, Tobe T, Kan N, Nio Y, Sakai M, Takeuchi E et al. Problems in the definition and treatment of early gastric cancer. *Br j Surg* 1991; 78 :818-21.
7. Belkahla N, Bouzid H, Jouini M et al. Cancer superficiel de l'estomac : à propos de 2 cas. *Tun Med* 2005 ;83 ;11 :705-710.
8. Farley DR, Donohue JH, Nagorney DM, Carpenter HA, Katzmann JA, Illstrup DM. Early gastric cancer. *Br J Surg* 1992; 79 :539-42.
9. F. Borie, N. Plaisant, B. Millat, J.M.Hay, P.L. Fagniez, B. De Saxe. *Européan journal of surgical oncology*. 2003; 29 : 511-514.
10. Ranaldi R, Santinelli A, Verdoloni R, Rezaei B, Mannolli B, Bearzi I. long-term follow-up in early gastric cancer: evaluation of prognostic factors. *J Pathol* 1995 ; 177 :343-51.
11. Mestier. P. Mucosectomie endoscopique pour cancer superficiel de l'estomac : est-ce bien raisonnable ? *J chir* 2000 ; 137 :75.
12. Sagawa T, Takayama T, Oku T, Hayashi T, Ota H, Okamoto T et al. Argon plasma coagulation for successful treatment of early gastric cancer with intra mucosal invasion. *Gut* 2003;52:334-39.
13. Ono H, Kondo H, Gotoda T, Shirao K, Yamaguchi H, Saito D et al. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. *Gut* 2001;48:225-29.
14. Guadagni S, Catarci M, Valenti M, Verzaro R, Cardacci G, Gola P et al. Résultats à long terme du traitement chirurgical des cancers précoces de l'estomac. *Ann chir* 1994 ; 48 :647-53.
15. Seto Y, Yamaguchi H, Shimoyama S, Shimizu N, Aoki F, Kaminishi M. Results of local resection with regional lymphadenectomy for early gastric cancer. *Am J Surg* 2001; 182:498-501.
16. Shimoyama S, Seto Y, Yasuda H, Mafune KI, Kaminishi M. Concept, Rational, and current outcomes of less invasive strategies of early gastric cancer: Data from a Quarter-Century of experience in a single institution. *World J Surg*. 2005 ; 29: 58-65.
17. Folli S, Dente M, Dell'Amore D, Gaudio M, Nanni O, Saragoni L et al. Early gastric cancer :prognostic factors in 223 patients . *Br J Surg* 1995 ;82:952-6.
18. Furukawa H, Hiratsuka M, Imaoka S, Ishikawa O, Kabuto T, Sasaki Y et al. Phase II study of limited surgery for early gastric cancer: Segmental gastric resection. *Ann Surg Oncol* 1999;6:166-70.