



## **Prise en charge chirurgicale des cancers gastriques : Quels résultats ?**

### **Surgical management of gastric carcinoma: Wich results?**

**R.GRAICHI – K .BELKHAROUBI- Y .IKKACHE-Z.GUEZZEN-B.KRELIL**

*Service de Chirurgie Générale et Cancérologie – CHU Oran - Algérie*

*rgraichi@hotmail.com*

#### **Résumé :**

Chaque année entre 9000 et 10000 patients meurent d'un cancer de l'estomac, c'est dire la gravité de cette lésion dont la fréquence ne cesse de croître (10% tous les 5 ans).Ce cancer dont le traitement principal demeure à l'heure actuelle la chirurgie reste redoutable par sa survie relativement faible.

Notre travail se propose d'analyser les résultats de 234 patients opérés pour un cancer de l'estomac, durant une période allant de janvier 2010 à décembre 2015, d'analyser les caractères propres à chaque malade et à chaque lésion mise en évidence lors de l'intervention et d'exposer les méthodes réalisées et leurs résultats. L'analyse de notre série, permet de plus d'esquisser le schéma d'une stratégie et des conséquences qui en résultent. Nous constatons malheureusement et comme beaucoup d'auteurs la fréquence des lésions évoluées lors des interventions chirurgicales, malgré une nette amélioration des résultats la survie à 5 ans tous stades confondus reste faible.

Mots clés : cancer, chirurgie, curage ganglionnaire, pronostic

#### **Summary:**

Between 9000 and 10000 patients annually died of gastric cancer, that is to say the severity of the injury which the frequency continues to grow (10% every 5 years). This cancer which the main treatment remains at present the surgery remains formidable by its relatively low survival.

Our work intends to analyze the results of 234 patients operated on for gastric cancer , from January 2010 to December 2015, to analyze the specific characters to each patient and each lesion evidenced during the intervention and to expose the carried out methods and their results. Analysis of our series, allows for more to outline a strategy and the consequences that result. We as many authors establish the frequency of advanced lesions during surgical interventions, despite a marked improvement in the results the survival at 5 years all stages combined remains low.

Key Words : cancer, surgery, lymphadenectomy , prognosis

### **Introduction :**

Chaque année entre 9000 et 10000 patients meurent d'un cancer de l'estomac, c'est dire la gravité de cette lésion dont la fréquence ne cesse de croître (10% tous les 5 ans) selon le registre du cancer d'Oran 2013 et l'importance de ce cancer dont le traitement principal demeure à l'heure actuelle la chirurgie (1, 2,3).

Il nous a semblé judicieux d'analyser les résultats de 234 patients opérés pour un cancer de l'estomac, durant une période allant de janvier 2010 à décembre 2015.

Ce travail se propose d'analyser les caractères propres à chaque malade et à chaque lésion mise en évidence lors de l'intervention et d'exposer les méthodes réalisées et leurs résultats. L'analyse de notre série, permet de plus d'esquisser le schéma d'une stratégie et des conséquences qui en résultent

### **Matériel et méthode :**

234 malades ont été inclus dans l'étude, il s'agit de 174 hommes (74%) et 60 femmes (26%), l'âge moyen est de 53 ans avec des extrêmes allant de 19 à 84 ans. Dans l'ensemble, notre échantillon de patients présente les pathologies habituelles pour cette tranche d'âge (4,5).

### **La maladie :**

18 patients (7,6%) ont été opérés en urgence, la tumeur étant révélée soit par une hémorragie digestive dans 12 cas soit par un tableau de péritonite dans 6 cas.

Ce pourcentage est considéré comme étant élevé puisqu'il témoigne de la relative latence clinique et donc du retard diagnostique. 216 patients (92,4) ont été opérés à froid, tous ont été opérés sur la base

d'un diagnostic établi sur les examens radiologiques (endoscopie, radiologie conventionnelle, tomodensitométrie) et anatomo-pathologiques.

### **La lésion :**

Les lésions ont été classées selon : le siège, l'extension locale, l'envahissement ganglionnaire et la présence ou pas de métastases hépatiques.

#### **Le siège : repartition en 5**

1/3 Inférieur (antropylorique) : 122 cas soit 52,13%

1/3 Moyen : 58 cas soit 24,80%

1/3 Supérieur (proximal) : 24 cas soit 10,25%

Diffus : 22 cas soit 9,4%

Sur moignon de gastrectomie : 8 cas soit 8,41%

Ces chiffres témoignent de la fréquence des tumeurs distales qui représentent à elles seules plus de la moitié des tumeurs.

#### **L'extension locale :**

158 patients (82,05%) ont un envahissement pariétal

T1 : 0

T2 : 34 cas (14,52%)

T3 : 158 cas (67,52%)

T4 : 34 cas (14,52%)

Tx : 8 cas (3,41%)

52 malades avaient une extension locale importante, et chez qui nous sommes contentés d'une intervention palliative avec ou sans exérèse de la tumeur (résection de propreté ou dérivation digestive).

#### **L'envahissement ganglionnaire :**

N0 : 134 cas (57,02%)

N+ : 100 cas (42,73%)

#### **Les métastases hépatiques :**

M0 (absence de métastases hépatiques) : 212 cas soit 90,6%

M1 (présence de métastases hépatiques) :  
22 cas soit 9,4%

### **Les méthodes chirurgicales :**

Tous les patients ont été opérés, 22 patients n'ont pu bénéficier d'une résection en raison de son extension qui a chaque fois été appréciée par une laparotomie. Le taux d'opérabilité a donc été de 100%.

Nous avons donc pratiqué 30 dérivations digestives en dehors de toute résection (12,82%), une chirurgie d'exérèse a été pratiquée chez 194 malades ce qui porte à 82,9% le taux de résecabilité.

### **Le type de résection**

Les interventions les plus réalisées sont par ordre de fréquence

Gastrectomies distales : 122 fois soit dans 69,31% des cas

Gastrectomie totale : 44 fois soit dans 25% des cas

Gastrectomie totale élargie : 8 fois soit 4,5% des cas

Oesogastrectomie : 2 fois soit 1,13% des cas

52 malades ont eu une intervention jugée palliative (22,41%), elles se résument en :

Gastrectomie de propreté : 18 fois soit 34,61% des cas

Gastroentéroanastomose : 30 fois soit 57,69%

Jejunostomie : 4 fois soit 11,09%

### **Le curage ganglionnaire**

158 malades ont eu un curage ganglionnaire type DI, quant au curage type D2 il n'a été réalisé que chez 96 malades soit dans 60,75% des cas.

18 malades n'ont pas eu de curage ganglionnaire, l'intervention se résumant en une simple gastrectomie de propreté.

### **Le caractère curatif de l'intervention**

158 résections ont été jugées curatives, soit 68,10% des cas, considérant que la radicalité a pu être prouvée à l'étude anatomo-pathologique (en prenant en compte le nombre de ganglions étudiés par le pathologiste)

### **Le mode rétablissement de la continuité**

La continuité digestive a été rétablie selon le type de résection et de la façon suivante

Après gastrectomie partielle : 114 fois type Finsterer et 8 fois un Polya

Après gastrectomie totale : 42 anastomose termino-latérale type en Y, 8 en Omega et 2 coloplastie.

### **Les résultats**

Nous avons étudié d'une part la mortalité opératoire, d'autre part la survie globale à 1 an, 2 ans et actuarielle à 5 ans selon différents paramètres liés à la maladie et au geste chirurgical.

### **La mortalité opératoire :**

Nous avons pris comme définition tous les décès survenus quelque soit la cause, dans les 30 jours qui suivent l'intervention (6).

Elle est globalement de 6,9% avec 16 malades décédés, cette mortalité est aussi bien liée à l'état du malade qu'à l'évolutivité de la maladie, encore plus au geste chirurgical.

Les complications mortelles ont été liées à l'état du malade dans 25% des cas et 75% la conséquence du geste chirurgical.

Les complications générales mortelles ont été 2 infarctus du myocarde et 2 embolies pulmonaires. Celles liées à l'intervention sont représentées par 4 fistules digestives, 4 carcinomes péritonéaux, 2 abcès sous hépatiques et 2 septicémies.

### La morbidité

36 malades ont eu des complications post-opératoires (15,51%) ces complications ont prolongées le séjour hospitalier de 9 jours en moyenne (20,7 vs 11,7).

Pour 32 malades soit 88,88%, elle était liée à l'intervention chirurgicale, et pour 4 malades soit 11,11%, liée à des complications broncho-pulmonaires.

Les complications liées au geste chirurgical sont dominées par la fistule digestive, 10 cas dont 4 avec choc septique, 8 hémorragies digestives, 2 cas d'éviscération et 10 cas d'abcès pariétal.

En analysant les résultats il s'avère que les gastrectomies totales sont pourvoyeuses de plus de complications que les gastrectomies partielles (27,3% vs 16,4%) ( $p < 0,01$ ). Soulignons aussi que les interventions palliatives avec ou sans résection ont une morbidité de 7,7%.

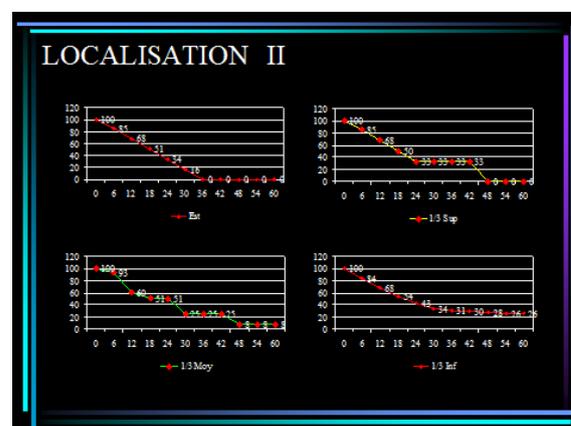
### Le suivi

178 malades sur les 234 ont pu être suivi, la survie globale tous stades confondus est de 52,4% à 1 an, 32,5% à 2 ans et avec une survie actuarielle de 25,3% à 5 ans.

Il nous a semblé intéressant d'interpréter les résultats en fonction de certains paramètres relatifs aussi bien à la maladie (siège de la tumeur, degrés de pénétration pariétale, extension locorégionale et envahissement ganglionnaire), qu'au type de résection (curative ou palliative).(Tab1)

On peut nettement constater la severité de la localisation proximale du cancer , alors que la localisation distale est relativement de bon pronostic (7,8).(Tab1)

Tab 1 :Résultats selon la localisation de la tumeur



L'extension tumorale est déterminante, l'atteinte de la séreuse et son dépassement sont de mauvais pronostic (9). De plus la taille de la tumeur diversement appréciée par les auteurs, influence le type de résection, on considère que les tumeurs de plus de 4 cm sont de mauvais pronostic (9,10). (Tab2)

Tab2 :Résultats en fonction du stade de la tumeur

SURVIE A 5 ANS SELON LE STADE %				
	I	II	III	IV
LE TREUT	60	54	25	0
A.C.S	50	29	13	0
N.C.C	93	77	49	0
MARUYAMA	91	71,1	44,3	9
MEYER	75	44,5	12,5	6
AMBROSETTI	88	49	29	20
<b>Série</b>	<b>0</b>	<b>53,4</b>	<b>15</b>	<b>7,2</b>

La survie à 5 ans selon la technique pratiquée est de 51% pour les gastrectomies partielles contre 42% pour les gastrectomies totales ( $p > 0,01$ ). Par contre quand le geste quel qu'il soit a été

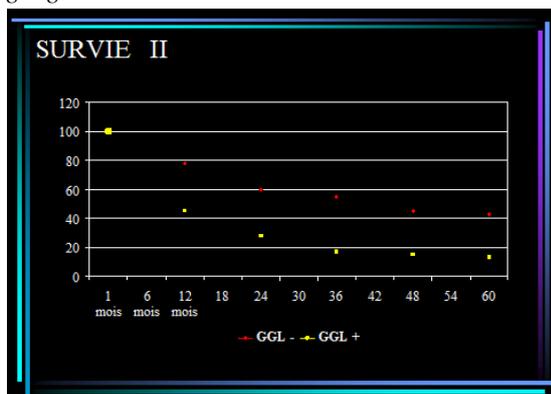
jugé curatif, la survie à 5 ans s'élevé à 34,8% (12, 13,14). (Tab3)

Tab3 : Résultats selon la technique chirurgicale

SURVIE A 5 ANS SELON LA TECH %			
	GPI	GT	CURATIF
LORTAT-JACOB	16	13	35
CASSEL	25	8	38
CHEVILLOTTE	34	9	32
BERGER	32	23	32
AMBROSETTI	56	59	41
MEYER	17	11	29
MARUYAMA		40	62
KATAI		55	74
ROVIELLO			43
<b>Série</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>34,8</b>

La qualité de l'exérèse semble conditionner la survie. Si l'existence d'un envahissement ganglionnaire a une valeur pronostic péjorative, plusieurs études ont montré que le nombre de ganglions prélevés envahis représente lui, un facteur pronostic indépendant (15,16). (Fig1)

Fig1 : Survie en fonction de l'envahissement ganglionnaire



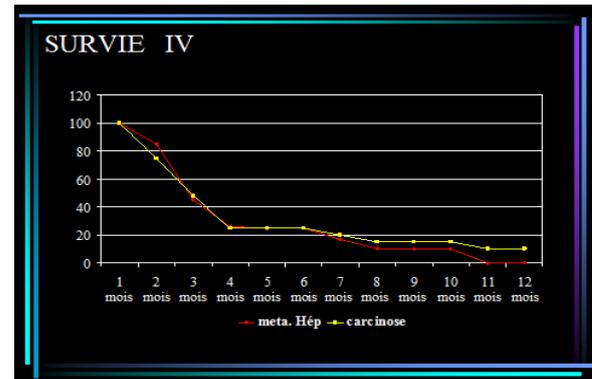
La médiane de survie est de 18,6 mois (mortalité opératoire exclue). La médiane de survie passe de 39 mois à 11 mois quand les ganglions sont envahis (17,18).

La survie globale en cas de metastases hepatices est de 3,1 mois(ecart-type

1,8),avec une mediane de survie de 2,8 mois (19).

En cas de carcinose peritoneale, la survie est de 4,5 mois (ecart-type 5) avec une mediane de survie de 3,1 mois.(Fig2)

Fig2 : Résultats selon l'existence ou non de métastases hépatiques



Quand la tumeur est resequée en totalité (preuve anatomo-pathologique), le delai de survenue de recidive est de 10 mois . il est de 10 mois en cas d'envahissement ganglionnaire et de 18 mois en absence d'envahissement ganglionnaire.

Quand aux metastases , le delai moyen de leur survenue toute localisation confondue est de 18 mois, de 8,5 mois quand les ganglions sont envahis et de 32,6 mois quand ils ne le sont pas(20).

### Commentaires

L'analyse des données rapportées nous amènent à faire certains commentaires qui sont :

La localisation distale demeurent la plus fréquente avec 52,13%, nos chiffres différent par rapport à ceux de la littérature mais les proportions restent identiques (7,21). La localisation représente un facteur pronostic d'autant plus péjoratif que la tumeur est proximale(8).

La complication la plus fréquente après la suppuration pariétale et la fistule anastomotique présente dans 1/3 des cas (31,2%), chiffre relativement élevé et qui

mériterait une étude plus poussée afin d'étudier les facteurs favorisant la survenue de ces fistules et d'y remédier.

On conçoit donc à juste titre que la gastrectomie totale soit l'intervention a plus fort risque (27,3% vs 16,4%) (22,23).

La survie est corrélée au stade la maladie, ainsi elle passe de 53,4% au stade II, à 7,2% au stade IV (1, 24,25). Lorsque l'exérèse est jugée curative, la survie à 5 ans atteint 34,8% dans notre série ,38% pour Cassel(14) et 61% pour Maruyama (26).

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'envahissement ganglionnaire réduit de moitié la survie, dans notre série elle passe de 43% à 13%, chevillotte et Meyer(27) trouvent des chiffres similaires (38,3% vs 13,7%) Maruyama(26) présente un taux de survie de 85,4% contre 37%.

Il en est de même quand la séreuse est envahie, dans notre série elle est de 43% vs 7%. Une série française donne 58% vs 13% (28).

### **Conclusion**

Il s'agit d'une série de 234 malades opérés pour un cancer de l'estomac, nous constatons malheureusement et comme beaucoup d'auteurs la fréquence des lésions évoluées lors des interventions chirurgicales, malgré une nette amélioration des résultats la survie à 5 ans tous stades confondus reste faible .

Nous ne pouvons conclure qu'en rappelant l'intérêt du diagnostic précoce rendu possible avec les examens endoscopique et radiologique devant des signes cliniques même les plus banaux.

### **Bibliographie**

- 1. Registre des cancers de l'ouest 2011-2012 (Oran – Tlemcen)**
- 2. AMIEL J.L DROZ .JP TURZ T.**

Les marqueurs biologiques en cancérologie. Rev .Prat 1979, 101,4, 533-540

### **3. FAIVRE J. GROSCLAUDE P. LAUNOIS B. AVREUX P. RAVERDY N.**

Les cancers digestifs en France. Distribution géographique et estimation de l'incidence nationale

Gastroenterol Clin Biol 1997, 21, 174-80

### **4. LAUNOY G. GROSCLAUDE P. PIENKOWSKI P. FAIVRE J. MENEGOZ F. SCHAFFER P. SCHRAUB S. POTTIER D.**

Les cancers digestifs en France. Comparaison de l'incidence dans 7 départements et estimation de l'incidence.

Gastroenterol clin Biol 1992, 16,633-638

### **5. LOUVET C. DE GRAMOND A. DEMUYNK B. VARETTE C. LAGADEC B. CADY J. KRULIK M.**

Cysplatine, adriamycine et mitomycine C dans le cancer de l'estomac avancé

Bull cancer 1991, 78, 839-41

### **6. BRADY M.S. ROGATKO A. DENT L.L. SHIU M.H.**

Effect of splenectomy on morbidity and survival following curative gastrectomy for carcinoma

Arch. Surg, March 1991, 126, 359-364

### **7. JAEHNE J. MEYER H.J. MASCHKE H. GEERLINGS H. BRUNS E.PICHLMAYR R.**

Lymphadenectomy in gastric carcinoma

Arch Surg, March 1992, 127, 290-294

### **8. JOHANET H. OPSAHL S. SAINT-MARC O. MARMUSE J.P. BENHAMOU G. CHARLEUX H.**

Métastases hépatiques de cancers non colorectaux. Résultats , indications dans 25 cas.

Med.Chir.Dig, 1991, 20, 340-343

### **9. BANDO H. T. ISOYAMA T. TOYOSHIMA H.**

Total gastrectomy for gastric cancer in the elderly

Surgery 1991, feb, 109, 136-142

### **10. BOKU T. NAKANE Y. MINOURA T. TAKADA H. YAMAMURA M. HIOKI K. YAMAMOTO Y.**

Prognostic significance of serosal invasion and free intraperitoneal cancer cells in gastric cancer

Br. J. Surg, April 1990, 77, 436-439

**11. BONNEKAMP J.J. SONGUN I. HERMANS J.**

Randomized comparison of morbidity after D1 and D2 dissection for gastric cancer in 996 dutch patients

Lancet 1995, 345, 745-748

**12. BERGER F. HUTEN N. ROBIN P. BENATRE A. VANDOEREN M.**

Etude rétrospective de 225 cancers gastriques observés en chirurgie de 1968 à 1980

Ann. Chir, 1986, 40, 14-20

**13. CHEVILLOTTE P. CAYOT M. FAVRE JP. TRIGALOU D. VIARD H.**

Les cancers de l'estomac. Etude thérapeutique et pronostique à propos d'une série chirurgicale de 235 cas. Ann. Chir, 1981, 35, 27-32

**14. CASSEL P. ROBINSON JO.**

Cancer of the stomach: a review of 854 patients

Br. J. Surg 1976, 63, 603-607

**15. PACELLI F. DOGLIETTO GB. BELLANTONE R. ALFRIERI S. SGADARI A. CRUCITTI F.**

Extensive versus limited lymph node dissection for gastric cancer: a comparative study of 320 patients

Br. J. Surg, Sept 1993, 80, 1153-1156

**16. ROHDE H. CHUNG C. GRIFFIN S. RAIMES S.**

R1 subtotal vs R3 total gastrectomy for operable antral cancer: a prospective randomized trial

Gut, 1993, 34, 1470-1472

**17. ROUKOS DH. LORENZ M. ENCKE A.**

Evidence of survival benefit of extended D2 lymphadenectomy in western patients with gastric cancer based on a new concept: a prospective long-term follow-up study

Surgery 1998, 123, 573-578

**18. VOLPE CM. DRISCOLL DL. MILORO SM. DOUGLASS HO.**

Survival benefit of extended D2 resection for proximal gastric cancer

J. Surg. Oncol 1997, 64, 231-236

**19. CRAVEN JL. CUSCHIERI A.**

Treatment on gastric cancer. In WRIGLEY P.F.M. TIMOTHY A.R

Clinics in oncology, July, 1984, 3, 2, 309-325

**20. LEE J.O'MORAIN C.**

Who should be treated for helicobacter pylori infection? A review of consensus conferences and guidelines.

Gastroenterol 1999, 113, 99-106

**21. LECLERC H. OVINCENT P. VANDEVENNE P.**

Nitrate de l'eau de boisson et cancer

Ann. Gastroenterol. Hepatol, 1991, 27, 7, 326-332

**22. FFCD 2002**

Que faire devant un cancer digestif en 2003 ? Recommandation de la fédération Française de cancérologie digestive (FFCD). 1<sup>ère</sup> partie. Gastroenterol Clin Biol 2002, 26 (12), 1140-64.

**23. LEPAGE M. GAUVIN JM. LEDREAU G. NOUSBAUM JB. ENARD M.**

Prise en charge thérapeutique et survie de l'adénocarcinome gastrique dans le département du Finistère entre 1984 et 1989.

Gastroenterol Clin Biol 1995, 19, 797-803

**24. FINCK AS. LONGMIRE WP.**

Carcinoma of the stomach

In text-book of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 30<sup>ème</sup> edition

Jr editor, Philadelphia, WB Saunders Company, 1986, 881-896

**25. ROUGIER P. ELIAS D. ESCHEWEGE F. FAIVRE J. FLEJOU JF. GOUEROU H.**

Cancers de l'estomac in HOERNI B. TUBIANA M. encyclopedie des cancers Flammarion, medicine sciences, 1987, 2, 47-115

**26. MARUYAMA K. OKABAYASHI K. KINOSHITA T.**

Progress in gastric cancer surgery in Japan and its limits of radicality

World J. Surg, 1987, 11, 418-425

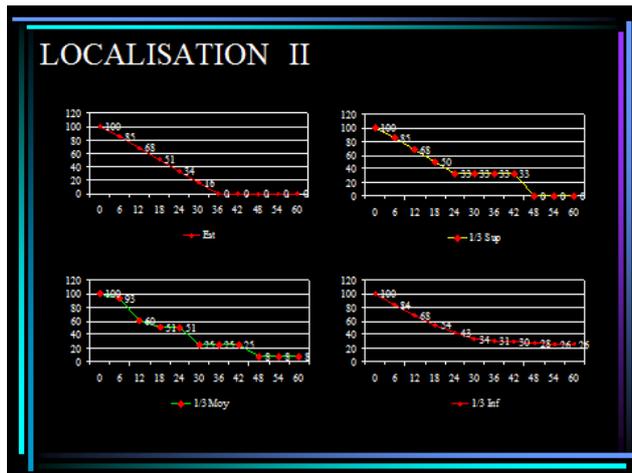
**27. DELPERO JR. LE TREUT YP. POL B. HOUVENAEGHEL G. BRANDONE JM. GUERINEL G. BRICOT R.**

Ann chir 1989, 43, 7, 530-536

Les exérèses gastro-coliques pour cancer .  
Analyse rétrospective des suites immédiates et de la survie éloignée chez 18 malades.

**Annexe : Tableaux et figures**

*Tab 1 : Résultats selon la localisation de la tumeur*



*Tab2 : Résultats en fonction du stade de la tumeur*

SURVIE A 5 ANS SELON LE STADE %				
	I	II	III	IV
LE TREUT	60	54	25	0
A.C.S	50	29	13	0
N.C.C	93	77	49	0
MARUYAMA	91	71,1	44,3	9
MEYER	75	44,5	12,5	6
AMBROSETTI	88	49	29	20
<b>Série</b>	<b>0</b>	<b>53,4</b>	<b>15</b>	<b>7,2</b>

*Tab3 : Résultats selon la technique chirurgicale*

	GPI	GT	CURATIF
LORTAT-JACOB	16	13	35
CASSEL	25	8	38
CHEVILLOTTE	34	9	32
BERGER	32	23	32
AMBROSETTI	56	59	41
MEYER	17	11	29
MARUYAMA		40	62
KATAI		55	74
ROVIELLO			43
<b>Série</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>34,8</b>

Fig1 : Survie en fonction de l'envahissement ganglionnaire

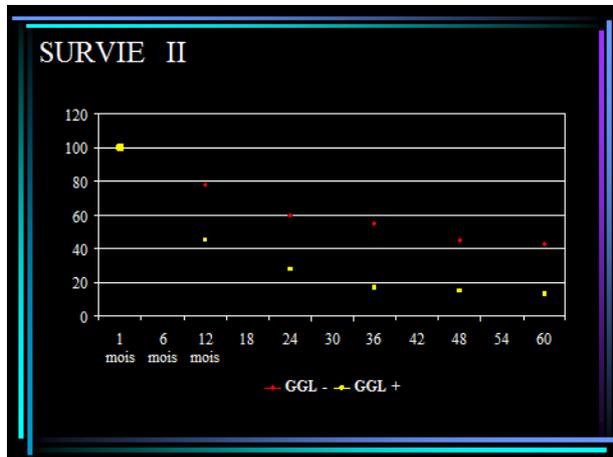


Fig2 : Résultats selon l'existence ou non de métastases hépatiques

