

ULCÈRE GASTRIQUE

Le traitement est le même que celui de l'ulcère duodénal. Les seules différences sont les suivantes :

- *Helicobacter pylori* est moins souvent en cause dans l'ulcère gastrique (70 % des cas) que dans l'ulcère duodénal (95 %). *Helicobacter pylori* doit néanmoins être systématiquement recherché et éradiqué si la recherche est positive ;
- le traitement antisécrétoire doit être prolongé jusqu'à l'endoscopie de contrôle pratiquée après 4 à 6 sem. de traitement ;
- un contrôle endoscopique avec biopsies doit systématiquement être pratiqué au décours du traitement d'un ulcère gastrique afin d'éliminer un cancer de l'estomac.

CANCER DE L'ESTOMAC (1)

La stratégie thérapeutique doit être décidée en RCP [1].

Si le terrain le permet et en l'absence de métastases viscérales, le traitement chirurgical, c'est-à-dire curatif, doit être proposé en 1^{re} intention.

Bilan préthérapeutique

Extension tumorale

- Endoscopie oeso-gastro-duodénale.
- TDM thoraco-abdomino-pelvienne.
- Échoendoscopie (infiltration pariétale de la tumeur).
- TEP-scan à discuter au cas par cas.

Opérabilité

État général (échelle OMS ou Karnofsky), bilan nutritionnel (amaigrissement, protidémie, albuminémie), fonctions rénale, cardiaque, pulmonaire.

Traitement curatif

Il est chirurgical. L'intervention doit être très soigneuse pour ne laisser en place aucun résidu microscopique. La résection doit donc emporter à la fois l'estomac et les chaînes ganglionnaires de drainage.

Préparation du malade

- Arrêt de l'alcool et du tabac.
- Éradication des foyers infectieux ORL et stomatologiques.
- Bilan d'opérabilité cardiorespiratoire ; kinésithérapie respiratoire.
- Antibiothérapie périopératoire.
- Renutrition hyperprotidique systématique *Oral Impact* 3 briquettes/j à débiter 1 sem. avant la chirurgie.

Intervention chirurgicale

Gastrectomie

L'étendue de la résection dépend du siège de la tumeur :

– les cancers du corps de l'estomac (tiers proximal et moyen) sont traités par gastrectomie totale ou des 4/5 important 2 cm de duodénum en aval du pylore. Le rétablissement de la continuité se fait par anastomose sur anse en Y : la 2^e anse jéjunale est ascensionnée et remontée jusqu'à l'extrémité inférieure de l'œsophage à laquelle elle est anastomosée.

En fonction de l'extension, on peut étendre l'intervention à des organes de voisinage : splénectomie, pancréatectomie caudale, colectomie segmentaire ;

– les cancers de l'antré (tiers distal) ne nécessitent pas une gastrectomie totale mais une gastrectomie distale passant à distance du pôle supérieur de la tumeur (4 à 8 cm). L'anastomose est gastrojéjunale, utilisant la première anse jéjunale placée en pré- ou en transmésocolique (anastomose type Finsterer ou Billroth II) ;

– les structures de voisinage envahies doivent être réséquées en monobloc, c'est-à-dire sans dissection ni rupture de la pièce (les biopsies sont prohibées).

Curage ganglionnaire

Chez les sujets jeunes et/ou sans défaillance viscérale, le premier relais juxta-gastrique et coronaire, coeliaque, hépatique commun, pédicule hépatique, tronc de l'artère splénique doit être réséqué. Au moins 25 ganglions doivent être analysés (15 ganglions pour les cancers de stade I). La splénectomie est indiquée en cas d'adénopathies de l'artère splénique ou de cancer de la grosse tubérosité atteignant la séreuse.

En cas de carcinose péritonéale résecable chez un patient en bon état général, on propose une péritonectomie avec chimio-hyperthermique intrapéritonéale (CHIP).

Chimiothérapie

La chimiothérapie périopératoire des formes résecables est systématique ; elle associe oxaliplatine et 5-FU (protocole FOLFOX) auxquels on peut ajouter le docétaxel :

- elle est probablement utile en néoadjuvant pour augmenter les possibilités de résection ;
- la chimiothérapie adjuvante en cas de risque métastatique important peut être proposée.

Radiothérapie

Son efficacité n'a pas été observée dans le traitement curatif.

Traitement endoscopique

La mucosectomie endoscopique est possible pour les cancers superficiels respectant la sous muqueuse. Après mucosectomie, l'éradication de *Helicobacter pylori* diminue significativement le risque de récurrence.

CANCER DE L'ESTOMAC (2)

Traitement palliatif

Traitement de l'obstruction gastrique (syndrome orificiel)

On réalise un court-circuit alimentaire en pratiquant une gastrectomie partielle ou une gastrojéjunostomie.

La jéjunostomie d'alimentation ne doit être utilisée qu'en dernier recours.

Mesures aspécifiques

- Arrêt de l'alcool et du tabac.
- Éradication des foyers infectieux.
- Alimentation hypercalorique avec supplémentation vitaminique.
- Traitement des douleurs : recours aux **morphiniques** si besoin, radiothérapie antalgique.
- Soutien psychologique.

Chimiothérapie palliative

Plusieurs protocoles peuvent être proposés en fonction des caractéristiques moléculaires de la tumeur associant : 5-FU – cisplatine – trastuzumab ou capécitabine – cisplatine – trastuzumab. Le trastuzumab ne peut être utilisé que chez les patients ayant une surexpression tumorale de HER2. Le protocole FOLFOX associant 5-FU, oxaliplatine et acide folinique est également parfois utilisé. Une chimiothérapie associant un sel de platine et une fluoropyrimidine est utilisée en combinaison avec une immunothérapie par nivolumab en cas d'expression de PD-L1. L'immunothérapie fondée sur les **anti-PD-1**, **pembrolizumab**, semble efficace chez les patients ayant un cancer avancé « MSI » en échappement thérapeutique.

Facteurs de mauvais pronostic

Extension tumorale importante (en surface, en profondeur et à distance). Faible degré de différenciation. Aneuploidie (cytométrie en flux). Survie globale à 5 ans : 10 %. Mortalité opératoire : 10 %.

Schéma thérapeutique du cancer de l'estomac

| Tumeur non métastasée | Tumeur métastasée (ganglions à distance inclus) | Contre-indication opératoire (terrain) |
|--------------------------------------|--|--|
| Gastrectomie + curage ± splénectomie | Gastrectomie si syndrome orificiel, sans curage ± chimiothérapie | Chimiothérapie |

Complications de la gastrectomie

Complications fonctionnelles

Complications fonctionnelles d'une résection gastrique

| | Syndrome du petit estomac | Dumping syndrome | Hypoglycémie postprandiale | Syndrome de l'anse afférente |
|------------|--|--|---|---|
| Mécanisme | Exérèse gastrique large | Passage brutal dans le grêle d'aliments hyperosmolaires provoquant une hypersécrétion de sérotonine et des kinines circulantes | Hyperinsulinisme par arrivée massive d'aliments hyperosmolaires dans le grêle | Stase alimentaire et biliaire dans l'anse afférente entraînant une pullulation microbienne |
| Clinique | Satiété précoce, ballonnement amaigrissement | Signes précoces : asthénie, troubles vasomoteurs, sueurs, pâleur, tachycardie, flush | Signes tardifs cliniques semblables au dumping syndrome | Douleur de l'hypo-chondre droit calmée par des vomissements |
| Traitement | Fractionnement des repas | Fractionnement des repas Décubitus post-prandial Régime riche en protides et en fibres, pauvre en sucres rapides | Cf. Dumping syndrome | Régulateurs de la motricité (MOTILIUM , PRIMPÉRAN) Antibiothérapie (FLAGYL) |

CANCER DE L'ESTOMAC (3)

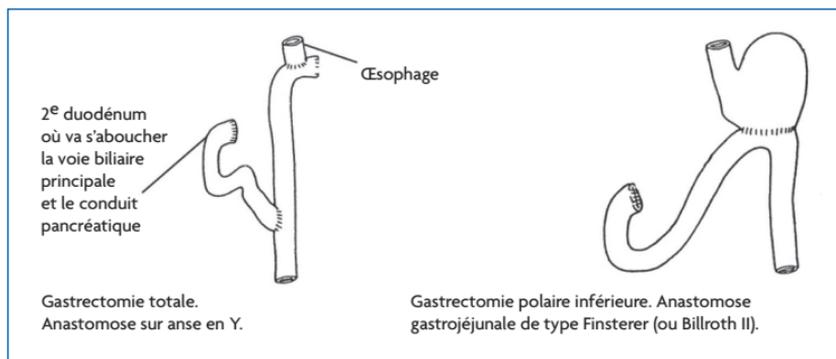
Complications mécaniques

- Ulcère anastomotique, duodénite, stomite.
- Invagination jéjunogastrique.
- Gastrite biliaire elle-même pouvant se compliquer d'un cancer gastrique.
- Bézoard.
- Occlusion sur bride.
- Récidive néoplasique.

- Cancer sur moignon.

Complications carentielles

- Carence martiale par saignement occulte.
- Carence en **vitamine B12** par malabsorption (carence en facteur intrinsèque), à prévenir par **vitamine** : 1000 µg en IM tous les 3 à 12 mois.



Indications de l'éradication d'*Helicobacter pylori*

Helicobacter pylori favorise la survenue de certains cancers gastriques (adénocarcinome). Par conséquent,

il est recommandé de rechercher et d'éradiquer cette bactérie en cas :

- d'antécédent de résection gastrique pour cancer ;
- d'antécédent familial du 1^{er} degré de cancer gastrique.

ULCÈRE DUODÉNAL (1)

La prise en charge de l'ulcère hémorragique est traitée dans le chapitre Hémorragie digestive.

Diagnostic de l'infection à *Helicobacter pylori*

Caractéristiques

Bacille Gram négatif, spiralé, uréase positif (transforme l'urée en ammoniac).

Helicobacter pylori est retrouvé électivement dans l'estomac, principalement dans l'antra.

Il est à l'origine de plusieurs pathologies gastroduodénales, la principale étant l'ulcère duodénal.

Pathologies favorisées par *Helicobacter pylori* et nécessitant son éradication

- Ulcère duodénal (95 % des cas).
- Ulcère gastrique (70 % des cas).
- Gastrite chronique.
- Adénocarcinome gastrique.
- Lymphome gastrique de faible malignité (type MALT).
- Dyspepsie non ulcéreuse.
- Carence en fer.
- Carence en vitamine B12.
- Suspecté dans les syndromes coronariens aigus et les AVC ischémiques.
- Maladie de Parkinson (absorption de L-dopa), démences.
- Pourrait protéger de certaines allergies et du reflux gastro-œsophagien.

Méthodes diagnostiques

Diagnostic direct

- Analyse histologique d'une biopsie gastrique.
- Mise en culture d'une biopsie antrale.
- Recherche d'antigènes dans les selles.
- Recherche par biologie moléculaire : PCR (*Polymérase Chain Reaction*) dans une biopsie ; cette technique reste du domaine de la recherche.

Diagnostic indirect

- *Breath-test* ou test respiratoire à l'urée : le patient absorbe de l'urée marquée au carbone 13 (qui n'est pas

radioactif) ; si *Helicobacter pylori* est présent dans l'estomac, le patient va expirer de l'air enrichi en $^{13}\text{CO}_2$ dont la quantité est mesurée. Il existe des kits qui permettent de pratiquer en ville cette technique (*HELI-KIT*). Ce test est le plus simple et le plus performant.

- Test à l'uréase : un prélèvement antral est pratiqué au cours d'une fibroscopie ; la biopsie est mise dans un réactif qui change de couleur en moins de 3 h si *Helicobacter pylori* est présent.
- Sérologie : elle ne permet pas de faire la différence entre une infection évolutive ou ancienne.

Quand rechercher (et éradiquer) *Helicobacter pylori* [1] ?

À chaque fois que son éradication peut être bénéfique, c'est-à-dire en cas :

- d'ulcère gastrique et duodénal ;
- de chirurgie bariatrique ;
- de lymphome MALT ;
- d'antécédent de résection gastrique pour cancer ;
- d'antécédent familial du 1^{er} degré de cancer gastrique de syndrome de Lynch (HNPCC) ;
- de gastrite à gros plis, gastrite érosive, gastrite atrophique ;
- de traitement au long cours par aspirine ou anti-inflammatoires non stéroïdiens en cas d'antécédent d'ulcère ;
- d'anémie ferriprive ;
- de carence en vitamine B12 ;
- de purpura thrombopénique immunologique (PTI) ;
- de troubles dyspeptiques (gastroscopie non obli-gatoire ; une recherche par test respiratoire est suffisante).

NB : Donc en pratique, à chaque fois qu'une gastroscopie est pratiquée !

Niveau de résistance

Le niveau de résistance d'*Helicobacter pylori* a atteint 20 % pour la clarithromycine et 15 % pour les quinolones. L'association de la clarithromycine à de l'amoxicilline permet de rétablir une certaine sensibilité car l'amoxicilline fragilise la paroi bactérienne.

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (1)

■ Oméprazole ©

| MOPRAL | | | | | |
|---|---------------|------|----|------|------|
| Œsophagite évolutive, ulcère gastroduodénal Éradication d' <i>Helicobacter pylori</i> : 1 gél. (20 mg) x 2/j pdt 7 j, en association avec des antibiotiques Traitement symptomatique du RGO (si échec des autres traitements) : 10 mg/j Traitement d'entretien des œsophagites grade III et IV : 1 gél. (10 ou 20 mg)/j Traitement préventif et curatif des lésions induites par les AINS : 1 gél. (20 mg)/j Syndrome de Zollinger-Ellison : jusqu'à 80 mg/j | 14 gél. 10 mg | 2,72 | II | 65 % | 0,19 |
| | 30 gél. 10 mg | 5,43 | II | 65 % | 0,18 |
| | 7 gél. 20 mg | 1,52 | II | 65 % | 0,22 |
| | 14 gél. 20 mg | 2,72 | II | 65 % | 0,19 |
| | 30 gél. 20 mg | 5,43 | II | 65 % | 0,18 |
| | 1 fl. 40 mg | HOP | II | | |

■ Lansoprazole ©

| LANZOR | | | | | |
|---|--------------------|------|----|------|------|
| Idem MOPRAL Pleine dose : 30 mg Demi-dose : 15 mg | 30 gél. 15 mg | 5,43 | II | 65 % | 0,18 |
| | 28 gél. 30 mg | 5,07 | II | 65 % | 0,18 |
| OGASTORO | | | | | |
| Idem MOPRAL | 14 cp. orod. 15 mg | 2,72 | II | 65 % | 0,19 |
| | 28 cp. orod. 15 mg | 5,07 | II | 65 % | 0,18 |
| | 14 cp. orod. 30 mg | 2,72 | II | 65 % | 0,19 |
| | 28 cp. orod. 30 mg | 5,07 | II | 65 % | 0,18 |

■ Pantoprazole ©

| INIPOMP | | | | | |
|-------------|------------------|------|----|------|------|
| Idem MOPRAL | 28 cp. 20 mg | 5,07 | II | 65 % | 0,18 |
| | 28 cp. 40 mg | 5,07 | II | 65 % | 0,18 |
| | 1 fl. 40 mg (IV) | 4,54 | II | 65 % | 4,54 |