

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un But - Une Foi



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2023 - 2024

N °

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

MEMOIRE

**CANCER DE L'ESTOMAC : ASPECTS THERAPEUTIQUE ET
EVOLUTIF**

DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE A DU CHU POINT G

Présenté et soutenu publiquement le 27 / 12 / 2024 Devant la faculté de
médecine et d'odonto-stomatologie

PAR M. OUSMANE MOCTAR BAH

Pour obtenir le Diplôme d'Etude Spécialisée en chirurgie générale

Membre du jury

Président : M. Alhassane Traoré , Professeur

Membre : M. Abdoulaye Diarra , Maître de conférence

Directeur : M. Sékou Bréhima Koumaré , Maître de conférence

Liste des abréviations

ACE :	Antigène carcino-embryonnaire
CA19-9 :	Antigène carbohydate 19-9
ACTD :	Antécédents
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
FMOS :	Faculté de Médecine et Odontostomatologie
FOLFOX :	Oxaliplatine-5 Fluorouracile-Ac Folinique
Hp :	<i>Helicobacter pylori</i>
mm :	millimètre
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RCP :	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
TNM :	Tumor, Node and Metastasis
FOGD :	Fibroskopie Oeso-Gastro Duodénale
TOGD :	Transit Oeso-Gastro-Duodéal
ASA :	American Society of Anesthesiologists
GEA :	Gastro-Entéro-Anastomose

Liste des tableaux

Tableau I: Les variables suivantes ont été étudiées.....	7
Tableau II: : Répartition selon la provenance des patients.....	11
Tableau III : Répartition selon la profession.....	12
Tableau IV : Les facteurs de risque.....	13
Tableau V : Indice de masse corporelle (IMC).....	15
Tableau VI : Répartition des patients selon les signes retrouvés à l'inspection.....	15
Tableau VII : Répartition selon les signes trouvés à la palpation.....	16
Tableau VIII : Répartition selon les signes trouvés à la percussion.....	16
Tableau IX: Répartition selon le résultat du toucher rectal (TR).....	16
Tableau X : La morphologie de la tumeur à la FOGD.....	17
<i>Tableau XI:Siège de la tumeur à la fibroscopie (FOGD).....</i>	<i>17</i>
Tableau XII: Le type d'image au TOGD.....	18
Tableau XIII: Selon le résultat de l'échographie abdominale.....	18
Tableau XIV: Métastases retrouvées selon le résultat de la Tomodensitométrie thoraco-abdominale.....	19
Tableau XV: Résultat de l'ACE.....	20
Tableau XVI : Résultat de CA19,9.....	20
Tableau XVII : Selon la stadification cTNM.....	20
Tableau XVIII : La réunion de concertation pluridisciplinaire(RCP).....	21
Tableau XIX : Selon la classification ASA.....	21
Tableau XX : Selon le but de l'intervention chirurgicale.....	21
Tableau XXI : Selon les techniques opératoires réalisées.....	22
Tableau XXII: Selon la limite de résection.....	22
Tableau XXIII : Selon le curage ganglionnaire.....	22
Tableau XXIV : Réparation des patients selon les métastases en peropératoire.....	23
Tableau XXV : Selon le type d'anastomose.....	23
Tableau XXVI : Selon le type histologie de la tumeur.....	23
Tableau XXVII : Selon la stadification de la tumeur en postopératoire.....	24
Tableau XXVIII : Répartition selon le résultat de la chimiothérapie.....	24
Tableau XXIX : Selon le séjour hospitalier.....	24
Tableau XXX : Selon les suites opératoires précoces selon la classification de Clavien Dindo Strasberg.....	25
Tableau XXXI : Selon les suites opératoires à 1mois.....	25
Tableau XXXII : Selon les suites opératoires à 3 mois.....	26
Tableau XXXIII : Selon les suites opératoires à 1 an.....	26
Tableau XXXIV : Selon les suites opératoires à 2 ans.....	27

Tableau XXXV : Selon les suites opératoires à 3 ans	27
Tableau XXXVI: Selon les suites opératoires à 4 ans.....	28
Tableau XXXVII : Selon les suites opératoires à 5 ans	28
Tableau XXXVIII : Selon la localisation de la tumeur en fibroscopie et traitement.....	30
Tableau XXXIX : Les complications postopératoires et types de traitements -----	31
Tableau XL : Fréquence du cancer gastrique et auteurs -----	34
Tableau XLI: Sexe et auteurs	35
Tableau XLII: Age et auteurs	35
Tableau XLIII: Profession et auteurs	36
Tableau XLV: Consommation du Tôt à la potasse et poisson fumé selon les auteurs	38
Tableau XLVI: Consommation du tabac et alcool selon les auteurs.....	40
Tableau XLVII: La masse épigastrique selon les auteurs	41
Tableau XLVIII: Topographie de la tumeurs et auteurs.....	42
Tableau LI: Taux d'opérabilité selon les auteurs	45
Tableau LII: Taille de la tumeur primitive et stade selon auteurs	46

Liste des figures

Figure 1: : Répartition selon la fréquence du cancer dans le service	10
Figure 2: : Répartition selon la tranche d'âge	10
Figure 3: : Répartition selon le sexe.....	11
Figure 4: Répartition selon le motif de consultation	12
Figure 5: Répartition selon les antécédents (ATCD)	13
Figure 6: :Les signes fonctionnels.....	14
Figure 7 : Indice de performance OMS	14
Figure 8: : Les résultats de la Radiographie pulmonaire.....	19
Figure 9: selon la survie postopératoire en mois.....	29

Table des matières

Liste des abréviations	2
Liste des tableaux	3
Liste des figures	5
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
Objectif général :	4
Objectifs spécifiques :	4
MATERIELS ET METHODE	5
1. Cadre et lieu d'étude	6
2. Type et période d'étude	6
3. Echantillonnage	6
La taille minimale de notre échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :	6
4. Collectes des données	7
5. Variables	7
6. Traitement des données	8
7. Ethique	8
RESULTATS	9
1. Fréquences des cancers gastriques	10
2. Aspects socio-démographiques	10
1. Données cliniques	12
2. Aspects cliniques et paracliniques	14
3. Aspects thérapeutiques (Décisions prises à la RCP)	21
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	32
1. Aspects méthodologiques	33
2. Aspects épidémiologiques et socio-démographiques	34
3. Aspects cliniques et paracliniques	37
4. Aspects thérapeutiques	43
5. Aspects évolutifs	47
Conclusion	48
Recommandations	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
FICHE D'ENQUETE	55

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les cancers de l'estomac sont des tumeurs malignes développées au dépend des structures histologiques de l'estomac.

Dans la majorité des cas, il s'agit essentiellement de l'adénocarcinome, qui représente de loin la variété histologique la plus fréquente (environ 90 à 95%), suivi par ordre de fréquence par les lymphomes (4%) ; les tumeurs carcinoïdes (3%) et les tumeurs stromales malignes (2%) [1].

Il demeure un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, représentant le 4^{ème} cancer et la 2^{ème} cause de mortalité[2].

Son incidence varie selon les régions géographiques avec globalement une prédominance masculine.

En Asie, l'incidence est de 14,3/100.000 suivie de l'Amérique latine et les Caraïbes avec un taux de 8,7/100.000 et l'Europe avec un taux de 8,1/100.000 [3].

Au Maroc il représente 3,1% de tous les cancers et 33% des cancers digestifs.

Au Mali selon le registre des cancers en 2020, l'incidence était de 9,1 pour 100000 habitants[4]. Chez l'homme le cancer de l'estomac occupait le premier rang des cancers avec 5,7 pour 100000 habitants soit 13,2% de l'ensemble des cancers avec des pics de fréquence entre 46 et 60 ans et après 75ans. Il a occupé la 3^{ème} place des cancers chez la femme avec 4,7 pour 100000 habitants [5].

Selon une étude menée dans le service de chirurgie "B" au CHU Point G au Mali en 2018, le cancer de l'estomac a occupé la première place des cancers digestifs avec une fréquence de 50,79% [6] de même que celle menée dans le service de chirurgie « A » en 2019 a rapporté un taux de 36,78% [7].

Le diagnostic est le plus souvent tardif dans nos pays faisant de lui un cancer à pronostic sombre. Le protocole de traitement se conçoit en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le traitement de base est la chirurgie d'exérèse avec curage ganglionnaire. La chimiothérapie et la radiothérapie peuvent améliorer le pronostic qui reste défavorable avec des taux de survie globale qui dépasse rarement 20 % à 5 ans. L'immunothérapie a également donné des résultats très prometteurs.

Nous nous proposons de faire l'état des lieux sur le lit du cancer de l'estomac et son évolution dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les aspects thérapeutique et évolutif du cancer de l'estomac dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point G

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence,
- Déterminer les stratégies thérapeutiques,
- Evaluer les suites opératoires immédiates et tardives,
- Evaluer la survie des patients inclus dans notre étude.

MATERIELS ET METHODE

MATERIELS ET METHODE

1. Cadre et lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » du C.H.U. du Point G.

Il est composé de deux pavillons d'hospitalisations : le Pavillon Tidiane Faganda TRAORE et Pavillon de Chirurgie II. Les deux entités comprennent 38 lits d'hospitalisations dont 16 de 3^{ème} catégorie, 16 de 2^{ème} catégorie et 6 lits de 1^{ère} catégorie.

2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte rétrospective sur 5 ans allant de 2019 à 2023 dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

3. Echantillonnage

Il a été exhaustif. L'étude a porté sur tous les patients ayant reçu des soins médicaux ou chirurgicaux pour cancer de l'estomac confirmée par l'histologie.

❖ Taille de l'échantillon (n)

La taille minimale de notre échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$N = \frac{Z^2 \times p \times q}{i^2}$$

- i = marge d'erreur = 0,05 ; $Z = 1,96$ (Écart-réduit) = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite pour un niveau de confiance de 95%, avec un risque $\alpha = 5\%$
- N = taille de l'échantillon
- p = prévalence, $p = 33,2\%$, $q = 1 - p$

La taille de l'échantillon est estimée à : 340.7

$$N = \frac{(1.96)^2 \times 0.332 \times (1-0.332)}{(0.05)^2} = 340.7$$

❖ Critères d'inclusion

Ont été inclus, tous les patients opérés ou non dans le service pendant la période d'étude pour cancer de l'estomac confirmé.

❖ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus, tous les patients ayant consulté pendant la période d'étude dont le diagnostic de cancer gastrique a été écarté à l'examen anatomopathologique et ceux dont les dossiers n'étaient pas exploitables.

4. Collectes des données

Les données ont été recueillies sur une fiche de recueil préétablie composée de :

- Une fiche d'enquête élaborée par nous-même et corrigée par le directeur de mémoire ;
- Les comptes rendus des consultations d'anesthésie et réanimation ;
- Les résultats des examens anatomopathologiques ;
- Les comptes rendus opératoires du bloc ;
- Le suivi post-opératoire des patients se faisait à travers les consultations sur rendez- vous et les appels téléphoniques

5. Variables

Tableau I: Les variables suivantes ont été étudiées

Variables			
Qualitatives		Quantitatives	
Continues	Discontinues	Continues	Discontinues
Profession	Signes cliniques	Age	Délai du séjour
Résidence	Examens complémentaires	Poids corporel	Délai de reprise alimentaire
Diagnostic	Suites opératoires		
Complications	Traitement		

6. Traitement des données :

Les données ont été transportées sur le logiciel IBM SPSS version 22 pour l'analyse.

Le traitement de texte du rapport final a été effectué sur Microsoft Word 2013. Le test statistique utilisé a été le test de Khi 2. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

7. Ethique

L'anonymat des patients a été respecté. Le consentement libre et éclairé des patients vivant a été obtenu ainsi que celui des patients décédés.

RESULTATS

RESULTATS

1. Fréquences des cancers gastriques

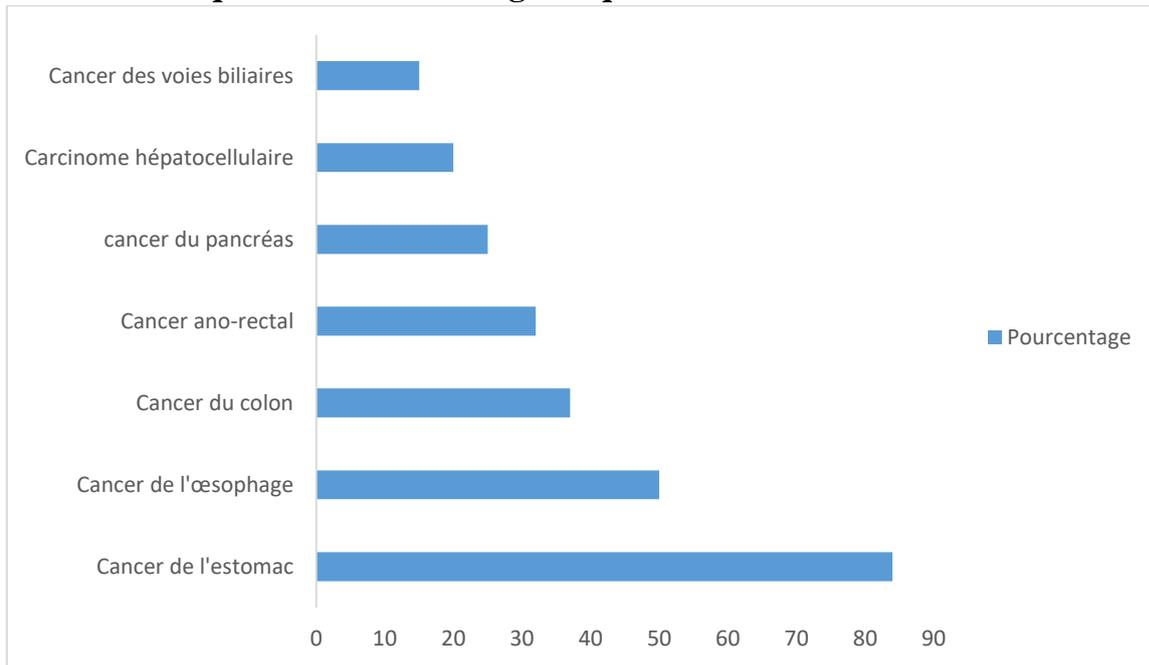


Figure 1: : Répartition selon la fréquence du cancer dans le service

Les cancers de l'estomac ont représenté 33.2% des cancers digestifs

2. Aspects socio-démographiques

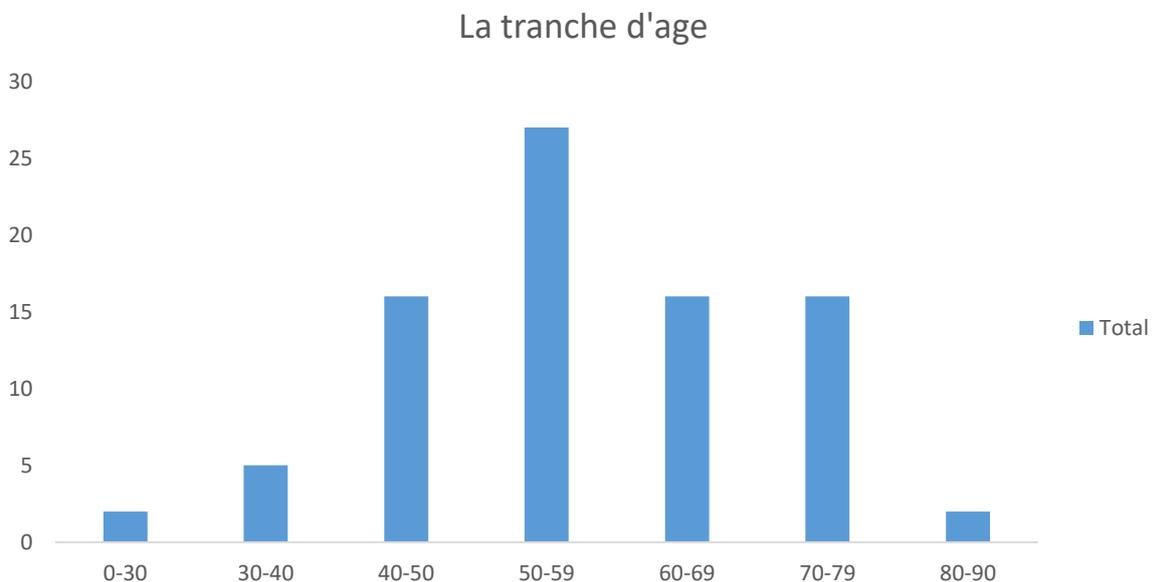


Figure 2: : Répartition selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 50 à 59 ans a été majoritaire avec 32,1% des cas. La moyenne d'âge était de 56.9 ± 12.49 ans. Les extrêmes étaient 26 ans et 86 ans.

Répartition selon le sexe

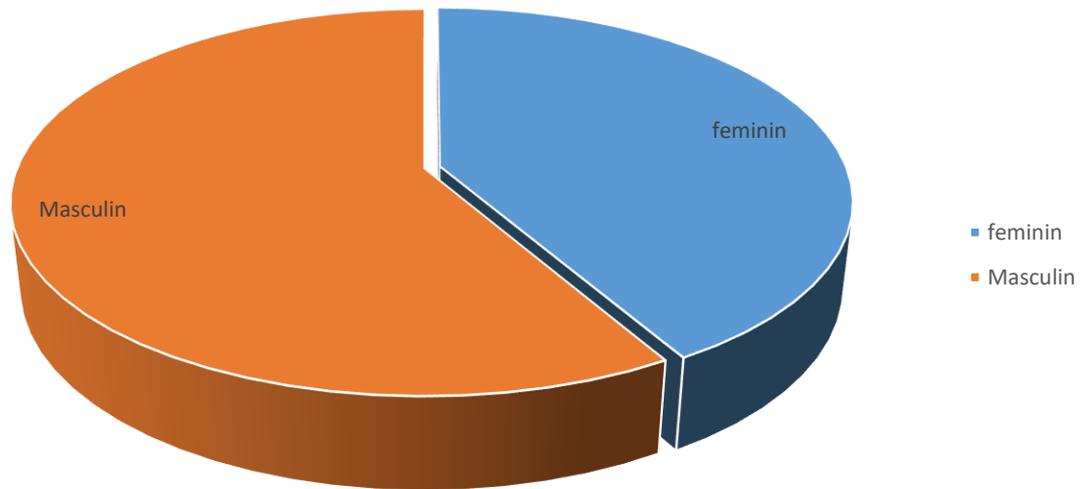


Figure 3: : Répartition selon le sexe

Le sexe ratio était de 1.4 en faveur des hommes

Tableau II: : Répartition selon la provenance des patients

Région de Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	60	71,4
Kayes	4	4,8
Koulikoro	14	16,7
RCI	1	1,2
Ségou	2	2,4
Sikasso	3	3,6
Total	84	100,0

La majorité des patients provenaient de Bamako.

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Agriculteur	23	27,4
Artisan	13	15,5
Commerçant	11	13,1
Fonctionnaire	7	8,3
Ménagère	30	35,7
Total	84	100,0

Les ménagères ont représenté 35,7% des cas.

1. Données cliniques :

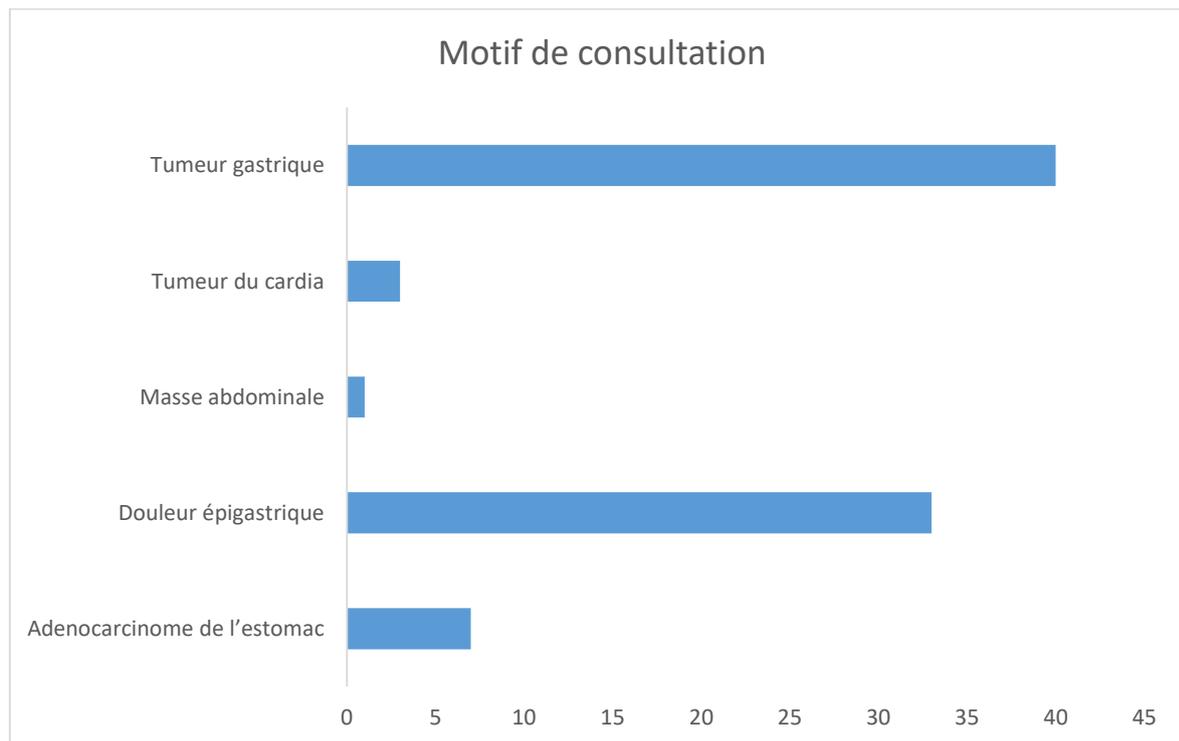


Figure 4: Répartition selon le motif de consultation

La majorité des patients ont été adressés par des médecins pour tumeur gastrique dans 47,6% des cas. Le signe fonctionnel le plus retrouvé était l'épigastrie chez tous les patients.

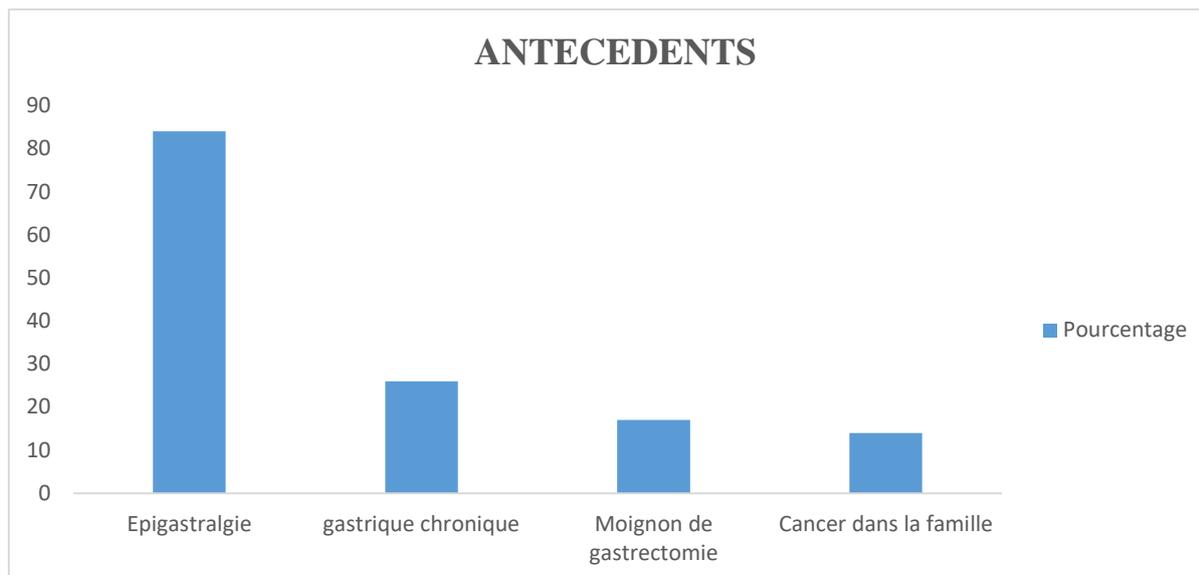


Figure 5: Répartition selon les antécédents (ATCD)

Tous les patients avaient un antécédent d'épigastralgie.

Tableau IV : Les facteurs de risque

Facteur de risque	Fréquence	Pourcentage
Consommation de poisson fumé	84	100,0
Aliment pauvre en fibre végétale	84	100,0
Alimentation riche en graisse	35	41,7
Alimentation riche en fruits et légumes	3	3,6
Consommation de viande rouge par semaine	78	92,9
Consommation du têt (potasse) par semaine	81	96,4
Consommation d'alcool	4	4,8
Consommation de Tabac	19	22,6
Aliments conservés par salaison	80	95,2

La consommation de Têt à la potasse, de la viande rouge et aliments conservés par salaison ont été les facteurs de risque alimentaire les plus retrouvés.

2. Aspects cliniques et paracliniques

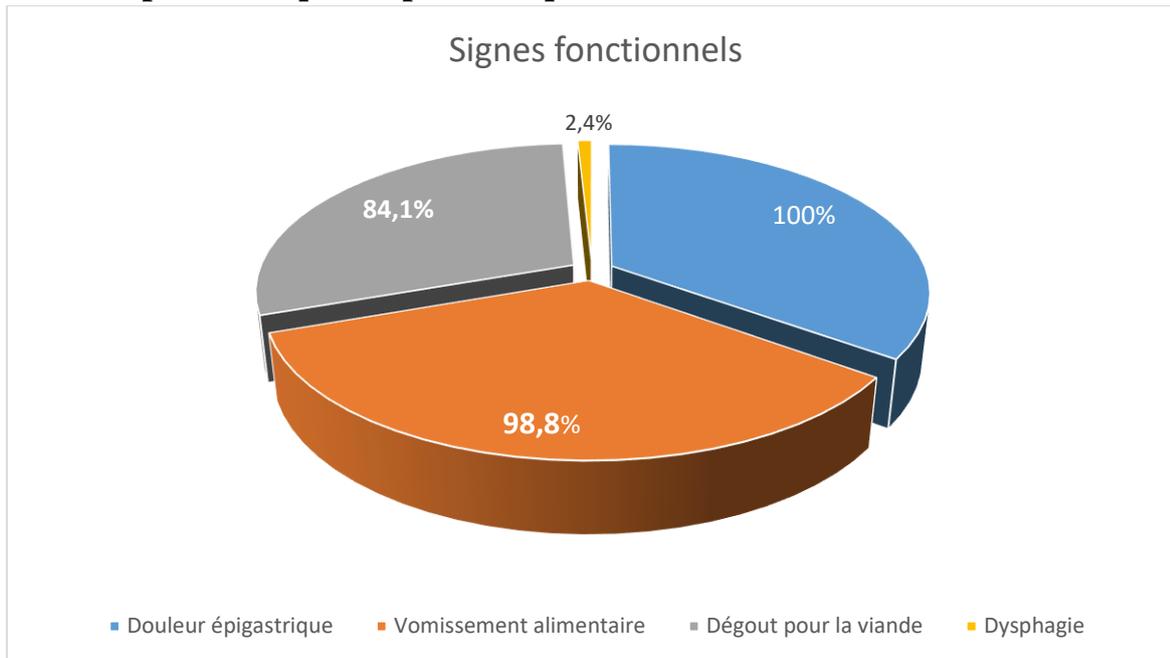


Figure 6: :Les signes fonctionnels

La douleur épigastrique et les vomissements ont constitué les signes fonctionnels les plus fréquents respectivement dans 100% et 98.8% des cas.

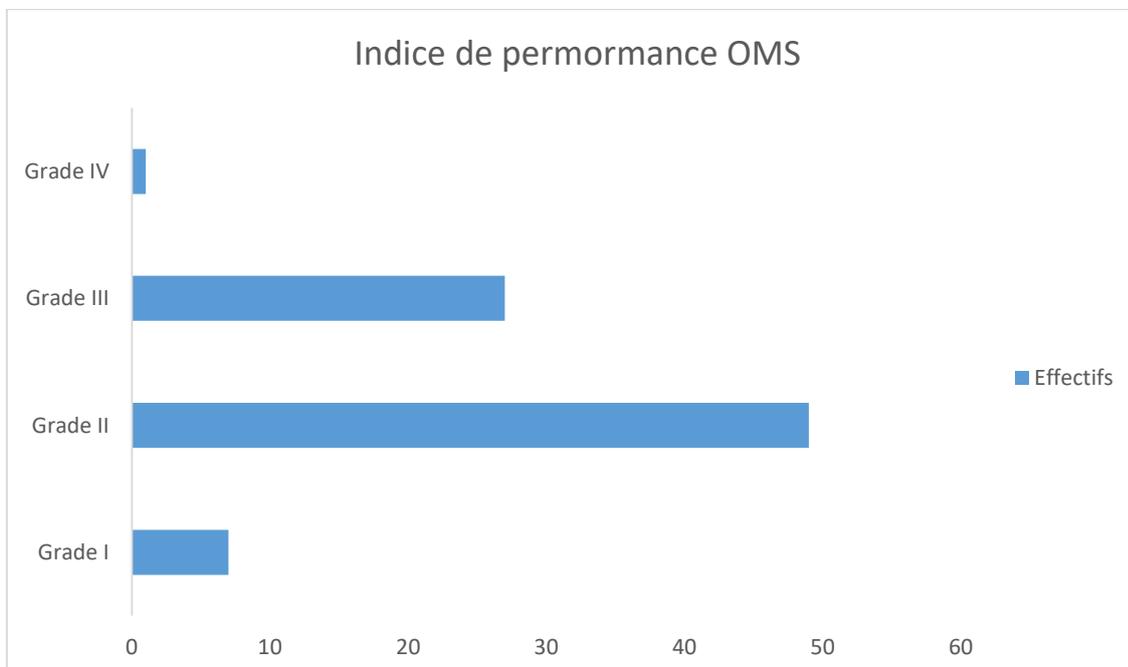


Figure 7 : Indice de performance OMS

La majorité des patients avaient un indice de performance OMS(Grade II) avec 58,3% des cas.

Tableau V : Indice de masse corporelle (IMC)

IMC	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 18	32	38,1
18-25	18	21,4
Indéterminé	31	36,9
Total	84	100,0

L'indice de masse corporelle(IMC) était inférieur à 18 kg/m² dans 38,1% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon les signes retrouvés à l'inspection

Inspection	Fréquence	Pourcentage(%)
Normale	44	52,4
Voissure	33	39,3
CVC	2	2,4
Distension abdominale	1	1,2
Cicatrice	4	4,8
Total	84	100

A l'inspection la voissure était le signe clinique le plus retrouvé dans 39,3% des cas.

Tableau VII : Répartition selon les signes trouvés à la palpation

Palpation	Fréquence	Pourcentage(%)
Masse épigastrique	51	60,7
Clapotage à jeun	20	23,8
Nodule de Sœur Marie Joseph	1	1,2
Normale	12	14,3
Total	84	100

A la palpation, la masse épigastrique était présente chez plus de la moitié des patients soit 60,7% des cas

Tableau VIII : Répartition selon les signes trouvés à la percussion

Percussion	Fréquence	Pourcentage(%)
Normale	55	65,5
Signe de flot	21	25,0
Signe de glaçon	2	2,4
Non déterminé	6	7,1
Total	84	100

A la percussion, 23 patients présentaient une ascite soit 27,4% des cas

Tableau IX: Répartition selon le résultat du toucher rectal (TR)

TR	Fréquence	Pourcentage(%)
Ecaille de Brumer	3	3,6
Normal	80	95,2
Non déterminé	1	1,2
Total	84	100

Au toucher rectal les écailles de Brumer étaient retrouvées chez 3 patients soit 3,6% des cas.

Tableau X : La morphologie de la tumeur à la FOGD

Tumeur	Fréquence	Pourcentage(%)
Bourgeonnante	6	7,1
Ulcéro-bourgeonnante	68	81,0
Linite gastrique	2	2,4
Ulcéreuse	1	1,2
épaississement	1	1,2
Indéterminé	6	7,1
Total	84	100

La tumeur était ulcéro-bourgeonnante dans 81% des cas.

Tableau XI:Siège de la tumeur à la fibroscopie (FOGD)

Tumeur (FOGD)	Fréquence	Pourcentage(%)
Antro-pylorique	65	77,4
Antrale	6	7,1
Fundo antrale	3	3,6
Cardiale	2	2,4
Fundo cardiale	1	1,2
Corps gastrique	2	2,4
Petite courbure	1	1,2
Fundique	3	3,6
Indéterminé	3	3,6
Total	84	100

La tumeur était antro-pylorique dans 77,4% des cas.

Tableau XII: Le type d'image au TOGD

Type d'image au TOGD	Fréquence	Pourcentage(%)
Addition	39	46,4
Amputation	1	1,2
Normal	5	6,0
Non fait	39	46,4
Total	84	100

Au TOGD l'image d'addition de la paroi gastrique était la plus retrouvée dans 46.4% des cas

Tableau XIII: Selon le résultat de l'échographie abdominale

Résultat de l'échographie abdominale	Fréquence	Pourcentage(%)
Ascite	36	42,9
Adénopathie profonde	43	51,2
Métastase hépatique	31	36,9

L'échographie abdominale a permis de mettre en évidence une ascite dans 42,9% des cas et des métastases hépatiques chez 36,9% des patients.

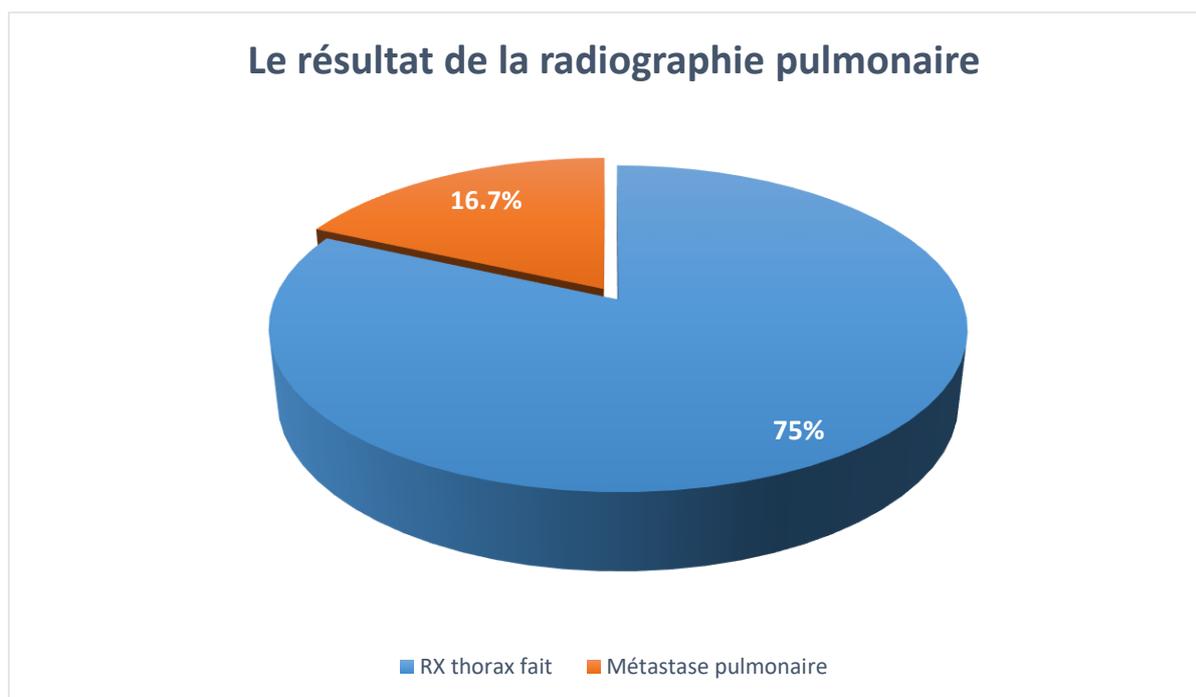


Figure 8: : Les résultats de la Radiographie pulmonaire

La radiographie pulmonaire était réalisée chez 63 patients et 16.7% d'entre eux avaient eu des métastases pulmonaires.

Tableau XIV: Métastases retrouvées selon le résultat de la Tomodensitométrie thoraco-abdominale.

Résultat du scanner thoraco-abdominal(Métastases)	Fréquence	Pourcentage(%)
Pulmonaire	14	16,7
Hépatique	31	36,9
Péritonéale	36	42,9
Total	81	96.4

La Tomodensitométrie thoraco-abdominale a été réalisé chez 81 patients soit 96,4%. IL a permis d'objectivé des métastases pulmonaires dans 16,7% des cas.

Tableau XV: Résultat de l'ACE

Résultat de l'ACE	Fréquence	Pourcentage
Elevé	79	94
Bas	2	2,4
Non fait	3	3,6
Total	84	100

L'antigène carcino-embryonnaire (ACE) était augmenté dans plus de la moitié des cas soit 94%.

Tableau XVI : Résultat de CA19,9

Résultat de CA19,9	Fréquence	Pourcentage
Elevé	80	95,2
Bas	1	1,2
Non fait	3	3,6
Total	84	100

L'antigène carbohydrate(CA19,9) était augmenté chez 80 patients soit 95,2% des cas.

Tableau XVII : Selon la stadification cTNM

Stadification cTNM	Fréquence	Pourcentage
stade I: T2N0M0	1	1.2
stade II: T2T3N1M0	5	6.0
stade III: T3T4N1N2M0	11	13,1
stade IV: Tous T, tous N,M1	67	79,8
Total	84	100.0

En préopératoire, la tumeur a été classée stade IV chez 67 patients soit 79,8% des cas.

Tableau XVIII : La réunion de concertation pluridisciplinaire(RCP)

RCP	Fréquence	Pourcentage(%)
Faite	79	94.0
Non faite	5	6.0
Total	84	100

La RCP a été faite chez 79 patients soit 94% des cas. La décision prise était majoritairement la chimiothérapie palliative.

Tableau XIX : Selon la classification ASA

Classe ASA	Fréquence	Pourcentage(%)
ASA II	15	17.9
ASA III	37	44.0
ASA IV	32	38.1
Total	84	100

La majeure partie des patients soit 44% étaient classée ASA III.

3. Aspects thérapeutiques (Décisions prises à la RCP)

Tableau XX : Selon le but de l'intervention chirurgicale

Traitements	Fréquence	Pourcentage(%)
Non opéré	19	33,3
Curatif	20	23.8
Palliatif	45	53.6
Total	84	100

L'intervention chirurgicale était à but palliatif dans 53,6% des cas.

Tableau XXI : Selon les techniques opératoires réalisées

Type de traitement	Fréquence	Pourcentage
Abstention chirurgie après laparotomie	8	9.5
Gastrectomie 4/5ème	19	22.6
Gastrostomie d'alimentation	2	2.4
GEA(Gastro-Entéro-Anastomose)	35	41.7
Non opérés	20	23,8
Total	84	100

La technique chirurgicale la plus pratiquée était la gastro-entéro-anastomose, Suivie de la gastrectomie des 4/5ème respectivement dans 41,7% et 22,6% des cas.

Tableau XXII: Selon la limite de résection

Limite de résection	Fréquence	Pourcentage
Absence de résection	65	77.4
R1	1	1.2
R0	18	21.4
Total	84	100

La résection était de type R0 dans 21,4% des cas

Tableau XXIII : Selon le curage ganglionnaire

Curage ganglionnaire	Fréquence	Pourcentage(%)
Indéterminé	1	1.2
Non	65	77.4
Oui D2 complet	18	21.4
Total	84	100

Le curage ganglionnaire D2 complet a été réalisé chez 18 patients soit 21,4%

Tableau XXIV : Réparation des patients selon les métastases en peropératoire

Metastases	Fréquence	Pourcentage
Hépatiques	31	36,9
Péritonéales	36	42,9
Duodénales	2	2,39
Pancréatiques	1	1,19
Total	70	83,3

En per opératoire il a été retrouvé des métastases péritonéales chez 36 patients soit 42,9% des cas.

Tableau XXV : Selon le type d'anastomose

Types d'anastomoses	Fréquence	Pourcentage
Absence d'anastomose	30	35.7
Anastomose gastro-jéjunale	35	41.7
Anastomose gastrojéjunale selon ROUX en Y	19	22.6
Total	84	100

L'anastomose gastro- jéjunale était réalisée dans 40,5% des cas.

Tableau XXVI : Selon le type histologie de la tumeur

Type Histologique	Fréquence	Pourcentage(%)
Adénocarcinome	75	89.3
Linite gastrique	9	10.7
Total	84	100

Le type histologique le plus retrouvé a été l'adénocarcinome suivi de linite gastrique respectivement avec 89,3% et 10,7% des cas.

Tableau XXVII : Selon la stadification de la tumeur en postopératoire

Stadification pTNM	Fréquence	Pourcentage(%)
Indéterminé	3	3.6
Stade I	1	1.2
Stade II	3	3.6
Stade III	10	11,9
Stade IV	67	79.8
Total	84	100

La tumeur a été classée stade IV chez 79,8% des patients en postopératoire.

Tableau XXVIII : Répartition selon le résultat de la chimiothérapie

Chimiothérapie (FOLFOX)	Fréquence	Pourcentage(%)
Adjuvante	16	19.0
Néoadjuvante	3	3.6
Non faite	20	23.8
Palliative	45	53.6
Total	84	100

La chimiothérapie palliative a été réalisée dans 53,6% des cas.

Tableau XXIX : Selon le séjour hospitalier

Séjour hospitalier	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 7 jours	35	41.7
7 à 30 jours	43	51.3
30 à 60 jours	2	2.4
Indéterminé	4	4.8

La durée moyenne d'hospitalisation était de 11.47 jours \pm 8.45 avec des extrêmes de 2 jours et 43 jours.

Tableau XXX : Selon les suites opératoires précoces selon la classification de Clavien Dindo Strasberg

Suites opératoires immédiates	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	1.2
Grade I (Clavien Dindo Strasberg)	2	2.4
Grade III (Clavien Dindo Strasberg)	1	1.2
Grade IV (Clavien Dindo Strasberg)	1	1.2
Simple	63	75.0

Les suites opératoires immédiates ont été simples dans 75% des cas

Tableau XXXI : Selon les suites opératoires à 1 mois

Suites opératoires à 1 mois	Fréquence	Pourcentage(%)
Décédé	20	23.8
Perdu de vue	2	2.4
Simple	36	42.9

Nous avons enregistré 23.8% de décès.

Tableau XXXII : Selon les suites opératoires à 3 mois

Suites opératoire à 3mois	Fréquence	Pourcentage(%)
Décédé	13	20.31
Perdu de vue	2	3.13
Vivant	49	76.56

Le taux de décès était de 20.31% au bout de trois mois.

Tableau XXXIII : Selon les suites opératoires à 1 an

Les suites à 1an	Fréquence	Pourcentage
Décédé	5	11.11
Perdu de vue	30	66.67
Vivant	10	22.22

Nous avons eu 11.11% de décès

Tableau XXXIV : Selon les suites opératoires à 2 ans

Les suites opératoires à 2 ans	Fréquence	Pourcentage
Décédé	2	5.00
Perdu de vue	30	75.00
Vivant	8	20.00

A 24 mois, 20.0% ont répondu aux appels.

Tableau XXXV : Selon les suites opératoires à 3 ans

Suites opératoires à 3ans	Fréquence	Pourcentage
Décédé	3	7.9
Perdu de vue	30	78.94
Vivant	5	13.16
Total	38	100.0

Nous avons eu 7.9% de décès

Tableau XXXVI: Selon les suites opératoires à 4 ans

Suites opératoires à 4 ans	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	28,83
Perdu de vue	30	85,71
Vivant	4	11,43

Le taux de décès a représenté 2.83% des cas.

Tableau XXXVII : Selon les suites opératoires à 5 ans

Suites opératoires à 5 ans	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	2.94
Perdu de vue	30	88,24
Vivant	3	8.82

Nous avons enregistré 2.94% de décès.

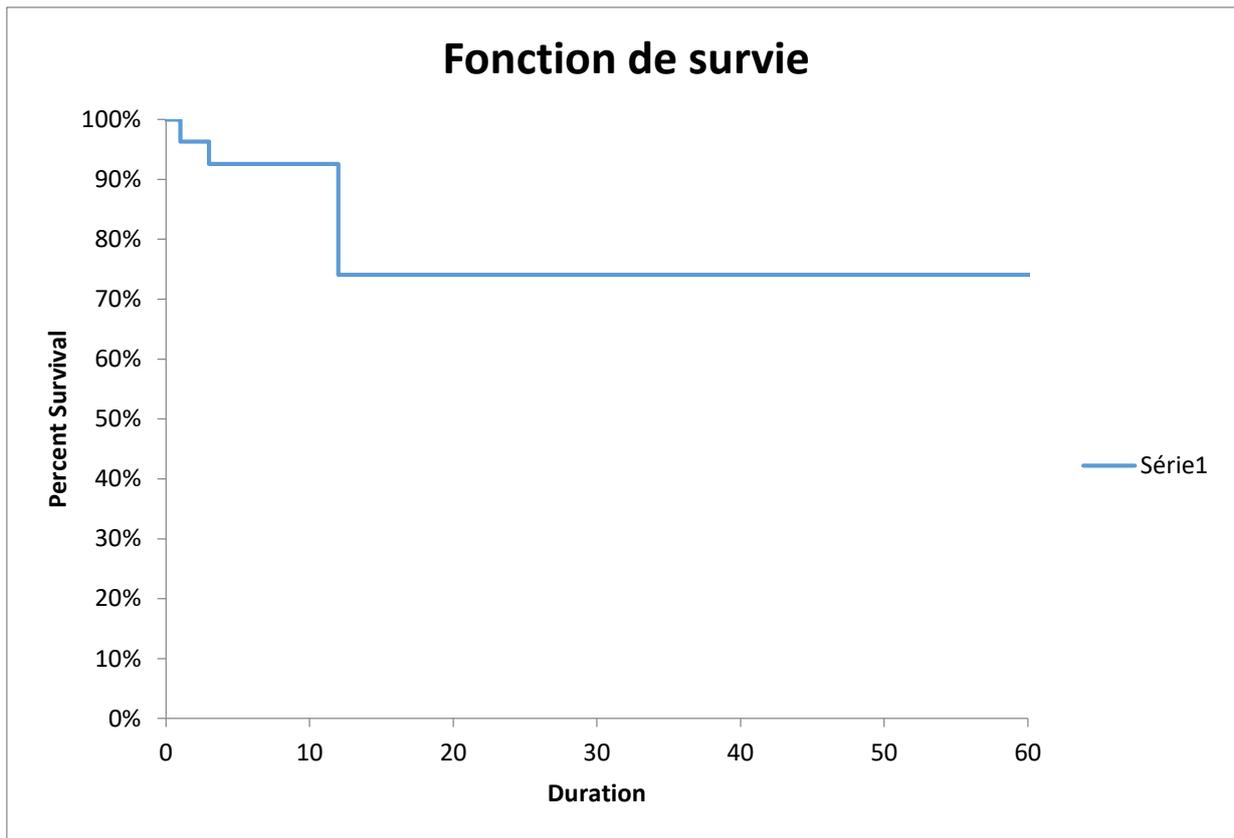


Figure 9: selon la survie postopératoire en mois

Survie postopératoire en mois

Nous avons enregistré un taux de survie post-opératoire globale à 5 ans de 8,82%.

Tableau XXXVIII : Selon la localisation de la tumeur en fibroscopie et traitement

D'après la fibroscopie : localisation anatomique de la tumeur	Traitement			
	Abstention	Curatif	Décédé	Palliatif
Antrale	2(25,0%)	2(10,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)
Antropylorique	6(75,0%)	18(90,0%)	7(63,6%)	34(75,6%)
Cardia	0(0,0%)	0(0,0%)	1(9,1%)	1(2,2%)
Corps gastrique	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)
Fundique	0(0,0%)	0(0,0%)	1(9,1%)	0(0,0%)
Fundo-antrale	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,0%)	2(4,4%)
Fundo-cardiale	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,2%)
Indéterminé	0(0,0%)	0(0,0%)	1(9,1%)	2(4,4%)
Petite courbure	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,2%)
Total	8(100,0%)	20(100,0%)	11(100,0%)	45(100,0%)

P = 0,53

Tableau XXXIX: Les complications postopératoires et types de traitements

Type de Traitement	Les complications postopératoires				
	Décédé	Grade I (clavien dindo strasberg)	Grade III (clavien dindo strasberg)	Grade IV (clavien dindo strasberg)	Simple
Abstention chirurgie+ biopsie	0	0	0	1	7
Décédé	1	0	0	0	0
Gastrectomie 4/5	0	1	0	0	18
Gastrostomie d'alimentation	0	0	0	0	2
GEA	0	1	1	0	33
Total	1	2	1	1	60

Khi 2 = 102.7 ddl = 30 p = 0.02

A un mois, les suites opératoires ont été simple dans la majorité des cas (60%). Les complications selon Clavien Dindo Grade I (Iléus paralytique) ont été les plus fréquents chez les patients ayant subi une GEA et une Gastrectomie avec une différence significative.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive portant sur les tumeurs gastriques dans le service de chirurgie « A » du CHU Point- G. Elle s'est étendue sur 5 ans (de 2019 à 2023). Elle a porté sur 84 cas.

Durant cette étude, nous avons rencontré un certain nombre de limite. Certains renseignements n'ont pas toujours été mentionnés dans les dossiers médicaux des malades, entre autres certaines données sociodémographiques et cliniques (suivi post-opératoire) et le cout élevé des examens (marqueurs, imagerie) pourrait expliquer l'absence de certains résultats. L'enquête de suivi post-opératoire à court, moyen et long terme a été menée en exploitant les dossiers hospitaliers souvent complétés par les appels téléphoniques. Le téléphone a été utilisé pour joindre les patients qui sont hors de Bamako. Nous avons rencontré des problèmes au niveau des adresses et des numéros de téléphone qui étaient quelques fois incorrects.

Au pronostique médiocre le cancer de l'estomac qui fait que la majeure partie des patients étaient décédés au début de l'enquête. Ils avaient :

- Des adresses obsolètes pour ceux provenant des régions ;
- Leurs numéros de contact téléphonique réattribués (pour certains).

Raisons pour lesquelles un certain nombre de dossiers potentiellement contributifs ont été exclus de l'étude car incomplets. Nous sommes conscients des problèmes de biais d'une telle étude.

Néanmoins, l'analyse de ces 84 dossiers nous a permis d'avoir un aperçu du cancer de l'estomac dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

2. Aspects épidémiologiques et socio-démographiques

Tableau XL : Fréquence du cancer gastrique et auteurs

Auteurs	Fréquence	P valeur
GBESSI DG et al. Bénin 2013 [8]	93 (26.8%)	0.4404
BOUGLOUGA O et al. Togo 2015 [9]	32 (12.8%)	0.0014
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	193 (50.79%)	0.0148
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	142 (36.78%)	0.6565
Notre étude Mali 2024	84 (33.2%)	-

Le cancer de l'estomac a été de loin, le premier cancer digestif par ordre de fréquence lors de notre étude avec 84 cas pour un total de 253 cas de cancers digestifs, soit 33.2 %. Cette fréquence est significativement supérieure à celles de TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 ($p = 0.0148$) [6] et BOUGLOUGA O et al. au Togo en 2015 ($p = 0.0014$) [9] qui ont trouvé respectivement 50.79 % et 12.8% des cas. Par contre, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre cette fréquence et celles rapportée par GBESSI DG et al. Bénin en 2013 [8] ($p = 0.4404$) et Daouda Tangara au Mali en 2019 [7] ($p = 0.6565$). Cela pourrait s'expliquer d'une part par l'utilisation plus importante du froid plutôt que les méthodes de salaison et de fumaison pour la conservation des aliments mais également la prévalence de l'infection par *Helicobacter pylori* moins élevés dans ces différents pays.

❖ Le Sex-ratio selon les auteurs

Tableau XXXIXI: Sexe et auteurs

Sex ratio et Auteurs	Sex-ratio	P valeur
GLOBOCAN 2018 [3]	2	P < 0.01
NOUZHA S et al. n=88 Maroc 2012 [10]	1.3	0.3366
BOMBA E. et al. n=100 RD Congo 2013 [11]	1.1	0.0027
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	1.2	0.0463
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	1.9	P < 0.01
Notre étude 2024	1.4	-

Le sex ratio obtenu dans notre série diffère de ceux de Globacan [3] et de certains auteurs maliens [7]. Mais ce résultat n'est pas statistiquement différent de ceux de la plupart des auteurs Marocains [10] et Maliens [6]. Cette prédominance masculine pourrait être liée à la consommation alcool-tabagique plus fréquente chez les sujets de sexe masculin.

❖ L'âge selon les auteurs

Tableau XL: Age et auteurs

Age et Auteurs	Age moyen	P valeur
GBESSI DG et al. Bénin 2013 [8]	55.5	P < 0.01
IHSANE M et al. Maroc 2014 [12]	58	0.0006
DIAKITE ALY. Mali 2014 [13]	56.7	0.0010
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	57.21	0.0216
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	56.26	0.5389
Notre étude Mali 2024	56.9	-

Le cancer de l'estomac est un cancer rare avant 50 ans pour les deux sexes. L'âge moyen de 57,21 ans observé dans notre étude est significativement bas ($p < 0,05$)

par rapport à ceux des auteurs marocains [12]. Par contre, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre cette fréquence et celles rapportée par GBESSI DG et al. au Bénin en 2013 [8] ($P < 0.01$) et TOURE I. Ousmane. au Mali en 2018 [6] ($p = 0.0216$) ainsi que Daouda Tangara au Mali en 2019 [7] ($p = 0.5389$).

Ce résultat pourrait s'expliquer par une espérance de vie trop courte en Afrique et nos habitudes alimentaires à risque.

❖ Les activités principales des patients selon les auteurs

Tableau XLI: Profession et auteurs

Activité Principale Auteurs	Ménagère		Cultivateur	
	Pourcentage(%)	P valeur	Pourcentage(%)	P valeur
DIARRA A. Mali 2011[14]	35,3	$p=0,8825$	38,2	$p=0,1311$
SISSOKO S. Mali 2015 [15]	32,7	$p=0,7660$	35,5	$p=0,2233$
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	37.8	$p=0,7701$	28	$p=0,8744$
TOUNKARA I. Mali 2012[16]	29	$p=0,3650$	48,2	$P<0,01$
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	30,28	$P=0,2865$	43,6	$p=0,181$
Notre étude Mali 2024	35,7	-	27,4	-

Dans notre étude, 35,7% des patients étaient des femmes au foyer, 27.4% des cultivateurs. Ce taux n'est pas significativement différent de ceux de la majorité de certains auteurs maliens [6,7,14,15].

Le taux de cultivateurs diffère du taux observé par TOUNKARA I. au Mali en 2012 [16] ($P < 0,01$). Ce constat pourrait corrélérer avec la prédominance des couches sociales à faible revenu.

3. Aspects cliniques et paracliniques

❖ Mode d'admission

Tous nos patients ont été admis à la suite d'une consultation ordinaire. Ce résultat se rapproche de ceux retrouvés par TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 [6] ($p = 4,7 \cdot 10^{-5}$) et de Daouda Tangara [7] également au Mali en 2019 ($p = 1,42 \cdot 10^{-5}$). Cela pourrait s'expliquer par une plus grande réactivité actuelle des médecins urgentistes à l'égard des signes pouvant faire évoquer un cancer de l'estomac par rapport à il y'a de cela quelques années.

❖ Les signes fonctionnels et auteurs

Tous nos patients présentaient une épigastralgie. Ceci se rapproche des résultats de TOUNKARA I. [16] au Mali en 2012 ($p = 0,4742$) qui a trouvé 97,7% des cas. Par contre diffère de ceux de Daouda Tangara. également au Mali en 2019 [7] ($p = 9,24 \cdot 10^{-5}$) et SISSOKO S. au Mali en 2015 [15] ainsi de Maha Fadlouallah [27] au Maroc en 2015 ($p < 0,001$) qui ont retrouvé respectivement 83,8% et 84,4% des cas. Ce signe demeure néanmoins le signe fonctionnel le plus retrouvé dans toutes ces études.

Tableau XLIV: ATCD et auteurs

❖ **Les antécédents d'ulcère gastrique et auteurs**

Auteurs	Ulçère gastrique	
	Pourcentage(%)	P valeur
MOUNIA E. Maroc 2015 [23]	3,6	P < 0,001
BOUGLOUGA O et al. Togo 2015 [9]	25	P < 0,001
TOUNKARA I. Mali 2012[16]	31,8	P < 0,001
SISSOKO S. et al. Mali 2015 [15]	30,6	P < 0,001
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	20,21	P < 0,001
Notre étude Mali 2024	100	-

Tous nos patients avaient un antécédent d'épigastralgie. Ce taux diffère de ceux rapportés par les auteurs marocains [23] et togolais [9].

❖ **Facteurs de risque et auteurs**

Tableau XLII: Consommation du Tôt à la potasse et poisson fumé selon les auteurs

Auteurs	Consommation de Tôt à la potasse		Consommation de poisson fumé	
	Pourcentage(%)	P valeur	Pourcentage(%)	P valeur
DIARRA MT et al. Mali 2014 [17]	80,6	0,002	94,12	0.0382
TOUNKARA I. et al. Mali 2012 [16]	93,7	0,7456	83,6	P < 0,001
SISSOKO S. et al. Mali 2015 [15]	60,2	P < 0,001	28,2	P < 0,001
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	64,77	P < 0,001	57,51	P < 0,001
Notre étude Mali 2024	96,4	-	100	-

La consommation excessive d'aliments riches en sel, de viandes ou de poissons fumés favorise l'apparition du cancer gastrique [17]. Le sel peut provoquer un cancer de l'estomac par la prolifération épithéliale et l'incidence des mutations endogènes et une hyper-gastrinémie ce qui entraîne une destruction des cellules pariétales et une progression du cancer gastrique [18]. Plusieurs études cas-témoins et de cohortes ont rapporté un risque accru de cancer de l'estomac associée au tabagisme [17]. D'autre part la consommation de tabac favorise la progression de lésions pré-néoplasiques [17].

Dans notre étude 96,4% des patients consommaient régulièrement du Tôt à la potasse. Ce résultat concorde avec celui obtenu par TOUNKARA I. et al. Mali 2012 [16] ($p = 0,7456$). Cependant, il est significativement moins élevé que ceux obtenus par DIARRA MT et al. au Mali en 2014 [17] ($p = 0,002$) et TOURE I. Ousmane. au Mali en 2018 [6] ($p < 0,001$).

Tous nos patients consommaient des poissons fumés. Ce résultat est semblable à celui de DIARRA MT et al. au Mali en 2014 [17] ($p = 0,0382$) mais diffère significativement des résultats obtenus par les autres auteurs maliens ($p < 0,001$) [6,15,16]. Ces taux confortent l'hypothèse selon laquelle il existerait un lien statistique entre la consommation régulière de ces aliments et la survenue du cancer de l'estomac.

Tableau XLVIII: Consommation du tabac et alcool selon les auteurs

Auteurs	Consommation du tabac		Consommation d'alcool	
	Pourcentage(%)	P valeur	Pourcentage(%)	P valeur
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	26,05	0,8730	3,52	0,7334
NOUZHA S et al. Maroc 2012 [10]	4,5	p<0,001	-	-
BOUGLOUGA O et al. Togo 2015 [9]	16	0,0852	44	p<0,001
TOUNKARA I. et al. Mali 2012 [16]	12,4	0.0125	12,1	0,1282
SISSOKO S. et al. Mali 2015 [15]	49	p<0,001	18,3	0,0078
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	24,35	0.002	3,11	0,7334
Notre étude Mali 2024	22,6	-	4,8	-

Au terme de notre étude nous avons enregistré 22,6% de patients tabagiques. Ce taux est concordant avec ceux retrouvés par Daouda Tangara. au Mali en 2019 [7] et de BOUGLOUGA O et al. au Togo en 2015 [9]. Il est par contre significativement différent de ceux de NOUZHA S et al. au Maroc en 2012 [10] ($p<0,05$) ainsi que de SISSOKO S. et al. au Mali en 2015 [15] .

Le tabagisme est un facteur de risque de cancer de l'estomac avec une relation dose-effet entre nombre de cigarettes par jour ou ancienneté du tabagisme [19], plusieurs études japonaises et une étude de Malaisie montrent que le tabac augmente le risque de cancer gastrique d'un facteur 2 environ [20].

❖ Signes physiques et auteurs

Tableau XLIV: La masse épigastrique selon les auteurs

Auteurs	Masse épigastrique	
	Pourcentage(%)	P valeur
TOURE I. Ousmane. Mali 2018 [6]	37,31	p=0,001
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	51,41	P=0,1998
DIARRA MT et al. Mali 2014 [17]	52,9	p=0,3174
TOUNKARA I. et al. Mali 2012 [16]	61,3	P=0,9999
SISSOKO S. et al. Mali 2015 [15]	46,5	p=0,0651
Notre étude Mali 2024	60,7	-

La masse épigastrique est l'expression d'un cancer gastrique localement avancé. C'est le signe physique le plus fréquent dans notre série. Nous avons palpé une masse épigastrique chez 60,7% des patients. Ce taux est statistiquement comparable à ceux retrouvés par les auteurs maliens [7,15,16].

Cette fréquence plus élevée dans toutes les études africaines pourrait s'expliquer par un retard de consultation sur le continent africain.

❖ Siège et aspect morphologique de la tumeur à la fibroscopie (FOGD)

Tableau XLV: Topographie de la tumeurs et auteurs

Topographie de la Tumeur auteurs	Antre et pylore		Cardia		Fundus et corps	
	%	P	%	P	%	P
DIAKITE ALY et al. Mali 2014 [13]	71,2	p<0,001	9,2	0,1365	7,2	0,047
Maha Fadlouallah Maroc 2015 [27]	52.3	0.00035	10.7	0.0184	-	-
TOUNKARA I. et al. Mali 2012 [16]	50,49	p<0,001	5,90	0,4951	4,92	0,149
SISSOKO S. et al. Mali 2015 [15]	90,1	0,0223	9,9	0,0852	-	-
TOURE I. Mali 2018 [6]	69,43	0,2648	-	-	-	-
Notre étude Mali 2024	77,4	-	2,4	-	6	-

La fibroscopie œsogastroduodénale a été réalisée chez tous les patients.

La localisation antro-pylorique était la plus fréquemment retrouvée chez 65 patients soit 77,4%. Ce résultat est concordant avec ceux rapportés par SISSOKO S. et al. au Mali en 2015 ($p = 0,0223$) [15] et TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 ($p = 0,2648$) [6] mais significativement différent de ceux rapportés par DIAKITE ALY et al. au Mali en 2014 [13] ($p < 0,05$) et TOUNKARA I. et al. au Mali en 2012 [16] ainsi que de Maha Fadlouallah au Maroc en 2015 [27] ($p < 0,05$).

L'aspect ulcéro-bourgeonnant était présent dans 81% des cas. Ce qui concorde avec les résultats rapportés par TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 [6] ($p < 0,001$) et GBESSI DG et al. au Bénin en 2013 [8] ($p < 0,05$).

❖ Type histologique de la tumeur.

Le type histologique le plus retrouvé était l'adénocarcinome dans 89,3% des cas. Ce type histologique a été retrouvé majoritairement dans toutes les études. Ce taux a été concordant avec ceux retrouvés par les auteurs maliens [6,7,13,15].

4. Aspects thérapeutiques

Tableau XLIX: Type d'intervention chirurgicale selon les auteurs

Auteurs	Visée de l'intervention Chirurgicale	Curatif		Palliatif		Abstention chirurgicale per opératoire	
		%	P	%	P	%	P
		ROBERT P. et al. France 2012 [21]	88,57	p<0,001	11,43	p<0,001	0
NOUZHA S et al. Maroc 2012 [10]	74	p<0,001	14,77	p<0,001	11,36	0,8212	
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	41,93	0,0105	54,03	0,9999	4,03	0,1658	
DIARRA MT et al. Mali 2014 [17]	8,8	0,0076	69,1	0,0419	22,1	0,0338	
TOURE I. Ousmane Mali 2018 [6]	20,49	0,7348	64,75	0,1957	14,75	0,3924	
Notre étude Mali 2024	23,8	-	53,6	-	9,5	-	

L'intervention chirurgicale était de type palliatif dans 53,6% des cas. Ce taux était concordant avec ceux retrouvés par TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 [6] (p = 0,1957) et de Daouda Tangara. au Mali en 2019 [7] (p = 0,9999). Cependant, ce taux est significativement différent de ceux obtenus par ROBERT P. et al. en France en 2012 [21] (p<0,001) et de NOUZHA S et al. au Maroc dans la même année 2012 [10] (p<0,001).

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le retard diagnostique dans notre contexte, ce qui induit des prises en charge à un stade avancé.

Tableau L: La nature de l'intervention chirurgicale selon les auteurs

Nature de l'intervention Auteurs	Résection		Dérivation	
	%	P	%	P
OKUMURA Y. et al. Japon 2014 [22]	53,3	p<0,001	27,2	0,0372
Daouda Tangara. Mali 2019 [7]	35,48	0,2845	46,77	0,5693
NOUZHA S et al. Maroc 2012 [10]	73,8	p<0,001	-	-
MOUNIA E et al. Maroc 2015[23]	45,45	0,0122	32,73	0,2426
HYASINTA J. et al. Tanzanie 2013[24]	13,1	0,0216	61,9	0,0072
SISSOKO S. et al. Mali 2015 [15]	16,3	0,0852	65,2	0,0018
TOURE I. Ousmane Mali 2018 [6]	36,07	0,1724	49,18	0,3942
Notre étude Mali 2024	22,6	-	41,7	-

Nous avons enregistré comme taux de résécabilité 22,6%. Ce taux n'est pas différent ($p>0,05$) de ceux retrouvés par Daouda Tangara. au Mali en 2019 [7], de TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 [6] ainsi que HYASINTA J. et al. en Tanzanie en 2013[24]. Par contre, il diffère significativement ($p<0,05$) de ceux rapportés par NOUZHA S et al. au Maroc en 2012 [10] et de OKUMURA Y. et al. au Japon en 2014 [22]. Cette différence pourrait s'expliquer par la prise en charge des tumeurs gastriques au stade infra-clinique au Maroc.

Gestes chirurgicaux réalisés

Parmi les gestes chirurgicaux réalisées dans l'étude, la gastro-entéro-anastomose était le plus réalisé avec une proportion de 41,7% des cas. Ce résultat se rapproche de ceux obtenus par OKUMURA Y. et al. au Japon en 2014 [22] ($P = 0,0372$), de MOUNIA E. au Maroc en 2015[23] ($p= 0,2426$) et d'autres auteurs maliens [6,7,15]. Ceci s'explique par le fait que la majorité de nos patients ont consulté à un stade avancé (stade IV) et la gastro entéro anastomose constitue la

technique de dérivation digestive interne adéquate dans le but d'améliorer l'état nutritionnel du patient.

Rétablissements de continuité digestive selon les auteurs :

L'anastomose gastro- jéjunale (Billroth II) a été la plus réalisée dans 40,5% des cas. Ce taux n'est pas significativement différent de ceux rapporté par TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 [6] ($p = 0,2399$) et de DIOP B et al [25] au Sénégal en 2017 ($p = 0,5610$). Il est par contre beaucoup plus élevé ($p < 0,001$) que celui rapporté par SISSOKO D. et al [26] au Mali en 2010. La technique de Billroth II donnerait moins de complications postopératoires et serait plus facile à réaliser.

Tableau XLVII: Taux d'opérabilité selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	%	p
NOUZHA S et al. Maroc 2012 [10]	88	66,17	0,1607
MOUNIA E. Maroc 2015 [23]	51	93	$p < 0,001$
SISSOKO S. et al. Mali 2015 [15]	282	75,8	0,8697
TOUNKARA I. et al. Mali 2012 [16]	200	65,5	0,631
TOURE I. Ousmane Mali 2018 [6]	122	63,21	0,1607
Notre étude Mali 2024	64	76,19	-

Nous avons retrouvé un taux d'opérabilité de 76,19%. Ce taux n'est pas significativement différent ($p > 0,05$) de ceux rapportés par NOUZHA S et al. au Maroc en 2012 [10] et certains auteurs maliens [6,15,16]. Nous avons trouvé une différence significative avec le taux rapporté par MOUNIA E et al. au Maroc en 2015 [23]. Cette différence pourrait s'expliquer par le délai de consultation tardif de nos patients et par le faible taux de revenu économique.

Tableau XLVII: Taille de la tumeur primitive et stade selon auteurs

Taille de la tumeur primitive	T1		T2		T3		T4	
	%	P	%	P	%	P	%	P
Auteurs								
MOUNIA E et al. Maroc 2015 [23]	0	1	33	p<0,0	59	p<0,0	8	p<0,0
NOUZHA S et al. Maroc 2012 [10]		0,06	12		69	p<0,0	8	p<0,0
TOURE I. Ousmane Mali 2018 [6]		7		0,3347		01		01
Notre étude Mali 2024	-	-	2,5	0,3303	0,5	0,002	58,0	
			9				3	0,0013
	-	-	7,2	-	13,1	-	79,8	-

En préopératoire, la tumeur était classée stade IV (envahissement de la séreuse ou des structures adjacentes) chez 79,8% des patients. Ce résultat est statistiquement plus élevé que ceux obtenus dans les séries marocaines ($p < 0.001$) [10,23]. Cela pourrait s'expliquer par le diagnostic plus tardif dans notre contexte.

Le stade IV était retrouvé dans 82,9% des cas. Ce taux n'est pas significativement différent de ceux rapportés par TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 [6] et de SISSOKO S. et al. au Mali en 2015 [15] qui ont trouvé respectivement 86,6 % ($p > 0,05$) et 78,1% des cas ($p = 0,4752$). Cette différence pourrait s'expliquer par le délai de consultation plus long de nos patients.

5. Aspects évolutifs

La morbidité et la mortalité opératoire

Les suites opératoires précoces ont été simples dans 75% des cas.

L'abcès de la paroi a été noté dans 19% des cas et ayant évolué favorablement.

La morbidité postopératoire est exacerbée par le mauvais état nutritionnel des patients. La dénutrition expose à l'infection, au retard de cicatrisation et à la fistule digestive.

Le taux de décès était de 20.31% au bout de trois mois. Daouda Tangara. au Mali en 2019 [7] sur étude précédente dans le service a obtenu 3 cas de décès et un syndrome de petit estomac chez 17,65% de ses patients.

Nous avons enregistré un taux de survie post-opératoire globale à 5 ans de 8,82%. Ce taux n'est pas significativement différent de ceux rapportés par TOURE I. Ousmane au Mali en 2018 [6] qui était de 2,94% (0,1365).

Ceci pourrait également s'expliquer :

- D'une part par les consultations à des stades plus avancés dans notre contexte.
- D'autre part par la non disponibilité des traitements adjuvants au Mali.

Conclusion

Le cancer de l'estomac a occupé la première place des cancers du tube digestif opéré en service de chirurgie « A » pendant la période d'étude. La couche sociale à faible revenu économique a été la plus atteinte.

Il reste un cancer au pronostic médiocre, diagnostiqué majoritairement à un stade avancé. Même à ce stade avancé, lorsque l'état général du patient le permet, le traitement chirurgical palliatif a un bénéfice net par rapport à l'abstention chirurgicale.

La discussion collégiale de chaque dossier en RCP avant tout traitement pour une plus grande efficacité est devenu un standard. Une évolution non négligeable a été effectuée aussi bien dans les moyens thérapeutiques que dans les algorithmes de prise en charge (chimiothérapie péri opératoire). Mais à ce jour, les traitements adjuvants et plus spécifiquement le conditionnement nutritionnel n'est toujours pas d'actualité au Mali. Ce qui a un impact négatif sur les résultats des différentes modalités thérapeutiques.

Jusqu'aujourd'hui, la chirurgie demeure le traitement de référence.

Recommandations

❖ **Aux autorités sanitaires et politiques du pays**

- La mise en place d'une politique nationale de lutte contre le cancer de l'estomac par des campagnes d'IEC sur les facteurs favorisants et des programmes de dépistage de masse.
- La formation des endoscopistes et la mise à la disposition du matériel.
- Mettre en place au sien de chaque CHU d'unités d'oncologie et de nutrition ayant des capacités d'adaptées aux besoins.

❖ **Aux professionnels de la santé**

- Vulgariser la RCP dans chaque structure sanitaire ou cette approche collégiale est possible.
- Le suivi rigoureux de tous les patients présentant une lésion précancéreuse.
- La référence à une structure spécialisée de tout syndrome ulcéreux résistant au traitement médical bien conduit.

❖ **Aux populations**

- Augmenter la consommation des fruits et de légumes.
- La consultation médicale devant toute dyspepsie.
- Abandonner la conservation des aliments par fumaison et par salaison.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] **Cotran RS, Kumar V, Collins T.**
Anatomie pathologie: Bases morphologiques et physiologiques des maladies.
6ième édition Philadelphie : Piccin, 2000 : 951 - 969. Disponible sur:
<https://www.bing.com/search?q=Cotran+RS%2C+Kumar+V%2C+Collins>
- [2] **Torre L A et al.**
Global cancer statistics 2012. CA: cancer journal for linicians. 65 : 87-108
- [3] **Globocan 2018.**
Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide.
<http://gco.iarc.fr/today/home>, Cancer d'aujourd'hui, International Agency for
Research on Cancer 2018. Consulter le 13/10/2024 à 22h, Disponible sur:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>
- [4] **Coulibaly AB.**
*Aspects épidémiologiques et histopathologies des cancers de l'estomac dans le
district de Bamako de 2015 à 2019 : Données du registre des cancers.* Thèse
de doctorat en médecine. USTT-B 21-M-170 ; 76p.
- [5] **Traore CB, Coulibaly B, Malle B, Kamate B, Koumare S, Togo B et all.**
Le cancer à Bamako de 2006 à 2010 : données du registre des cancers au Mali.
Revue africaine de pathologie volume 11 Numero1 ; Juin 2012 ;3-8
- [6] **Toure I. Ousmane.**
*Cancer de l'estomac : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutique et
évolutifs dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G.* Thèse de
Médecine N°Bamako 2018 ;115 pages
- [7] **Daouda Tangara.**
*Cancer de l'estomac: aspects diagnostiques et thérapeutiques dans le service de
chirurgie "A" de 2010 à 2018.* Thèse de Méd N°212, USTTB-FMOS 2019-
2020
- [8] **Gbessi DG, Dossou FM, Soton RR, Seto DM, Gnangnon F, Komadan S
et all.**
Aspects anatomo-cliniques du cancer de l'estomac au Bénin. Le Bénin Médical
N° 53 - Année 2013 p :33-37 , vol 1

- [9] **Bouglouga O, Lawson-Ananissoh LM, Bagny A, Kaaga L, Amegbor K.** *Cancer de l'estomac: aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques au CHU Campus de Lomé (Togo) Médecine et Santé Tropicales*, Vol. 25, N°1, p :65-68. 2015
- [10] **Nouzha Sadak.** *Évolution de la Chirurgie de l'adénocarcinome gastrique, expérience de la clinique chirurgicale B de L'hôpital Ibn Sina de Rabat à Propos de 88 cas.* Thèse de Médecine Rabat, 2012p 16-18. Consultez le 15 10 2024 à 23h 34. Disponible sur:
<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=26567fc6e70e0b38cdf6fd4cdfe29b62794c973b54eab65a5b4900f182904747JmltdHM9MTczNDk5ODQwMA&pfn=3&ver=2&hsh=4&fclid=33a62568-c610-6b2b-0c00>
- [11] **Bomba E, Nkondi NJ, Kabongo MJ, Chirimwami R, Lebuaze MB, Kisile O et all.** *Cancer gastrique et infection à Helicobacter pylori en RD Congo. Aspects épidémiologiques.* *Ann. Afr. Med.*, Vol. 6, N° 4, Sept 2013 , page 1
- [12] **Ihsane M, Nawal LR, Bahija B, Nouredine A, Adil I.** *Épidémiologie du cancer gastrique: expérience d'un centre hospitalier marocain Pan African Medical Journal – ISSN: 1937- 8688.* Consultez 17 10 2024 à 23h (www.panafrican-med-journal.com) Published in partnership with the African Field Epidemiology Network (AFENET). (Www.afenet.net)
- [13] **Diakite Aly .** *Évaluation de la concordance de l'endoscopie par rapport à l'histologie dans le diagnostic des cancers de l'estomac.* Thèse de Médecine 14M110, Bamako 2014. Consultez le 17 10 2024 à 23h30. Disponible sur:
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/528>
- [14] **Diarra Ami Nampani.** *Les caractéristiques épidémiologiques et pronostiques du cancer de l'estomac* Thèse de Médecine, Bamako 2011Consultez 17 10 24 à 00h. Disponible sur:
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/11300>

- [15] **Sissoko Sekou Madou.**
Syndrome orificiel dans les cancers gastriques en chirurgie Générale du CHU Gabriel TOURE. Thèse de Médecine Bamako 2015 Consultez le 18 10 24 à 21h Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/941>
- [16] **Toukara Idrissa.**
Cancer avancé de l'estomac dans le service de Chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE Thèse de Médecine 12M226, Bamako 2012 Consultez le 18 10 24 à 21h10 Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1372>
- [17] **Diarra MT, Konate A, Diarra AN, Sow HC, Doumbia KS et all.**
Épidémiologie et pronostic du cancer de l'estomac... MALI MEDICAL 2014 TOME XXIX N°4, p :45-48
- [18] **Swmylaite L, Zickute J, Dudzevieius J.**
Salt-preserved foods and risk of gastric cancer. Medicinas(Kaunas) 2006; 42(2): 164-170. World J Gastroenterol 2009 May 14; 15(18): 2204-2213
- [19] **Watanabe H, Jass JR, Sobin LH.**
Histological typing of esophageal and gastric tumors. World health Organization international histological classification of tumors. (2nd ed). Berlin: Springer Verlag, 1990 . Consultez sur 18 10 24 Disponible sur: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-83920-7>
- [20] **Boutron-Ruault MC.**
Nutrition et cancer. Encycl. méd. Chir (Elsevier SAS, Paris), Endocrinologie-Nutrition, 10-304-A-10, 2007, 10p
- [21] **Pierre-Emmanuel Robert.**
Gastrectomie pour adénocarcinome gastrique influence de l'étendue de la lymphadénectomie, étude rétrospective unicentrique portant sur 124 patients. Thèse Med 14M110. Université François-Rabelais, Faculté de Médecine de Tours, 2012 . <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/528>
- [22] **Yasuhiro O, Hiroharu Y, Susumu A and all.**
Palliative distal gastrectomy offers no survival benefit over gastrojéjunostomie for gastric cancer with outlet obstruction: retrospective analysis of an 11-year experience. World journal of surgical oncology 2014; 12:364

[23] **Mounia Elkeddadi**

Le cancer de l'estomac localement avancé, problèmes de prise en charge (A propos de 55 cas) THESE de Médecine n°324 Rabat 2015. Consultez 20 10 24 à 22h. Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/27601>

[24] **Hyasinta J, Mabula DM, Peter FR and all.**

Gastric outlet obstruction at Bugando Medical Centre in Northwestern Tanzania: a prospective review of 184 cases. BMC surgery 2013 ; 13 :41

[25] **Diop B, Dia AA, Ba P, Sow O, Thiam O, Konate I et all**

Prise en Charge Chirurgicale des Tumeurs Gastriques à Dakar : à Propos de 36 Observations. Health Sci. Dis: Vol 18 (4), p :34-38. 2017 Available at www.hsd-fmsb.org

[26] **Dialla Sissoko.**

Cancer de l'estomac dans le service de chirurgie "B" du CHU du Point "G"
Thèse de Médecine, Bamako 2010 ». p75
<https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/9314/10M37.pdf?sequence=1>

[27] **Maha Fadlouallah.** *Le cancer gastriques, aspects épidémiologiques au Maroc.* Février 2015. Journal Afri du caancer 7(1)

FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE

Fiche d'enquête N° :

Année

I/ DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Q1 : N° du dossier du malade: /_____/_____/_____/_____/

Q2 : Nom et prénom du malade :.....

Q3 : Age (année): /_____/_____/

Q4 : Sexe : Masculin__Féminin__

Q5 : Résidence :

Q6 : Contact à Bamako :
.....

Q7 : Région de provenance : _____ 1 : Kayes 2 : Koulikoro 3 : Sikasso
4 : Ségou 5 : Mopti 6 : Tombouctou 7 : Gao 8 : Kidal 9 : Bamako
10 : autres à préciser

Q8 : Ethnie : 1 : Sénoufo 2 : Bambara 3 : Peulh 4 : Dogon
5 : Sonrai 6 : Sarakolé 7 : Khassonké 8 : Malinké 9 : Autres à préciser

Q9 : Nationalité : 1 : Malienne 2 : Autres à préciser

Q10 : Principale qualification : 1 : Cadre supérieur 2 : cadre moyen
3 : Commerçant grossiste 4 : commerçant détaillant 5 : Cultivateur 6 :
Eleveur 7 : Ouvrier 8 : Autres à préciser

Q11 : Statut matrimonial : 1 : Marié(e) 2 : Célibataire 3 : Veuf(ve)
4 : Divorce 5 : Concubinage 6 : Autres à préciser

Q12 : Mode de recrutement : _____ 1 : Consultation 2 : Urgence
3 : Autres à préciser

Q13 : Evolution des symptômes : 1 : Inférieur à 6 mois 2 :
Supérieur à 6 mois

Q14 : Durée d'hospitalisation :
/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

Q15 : Référent par : /_____/ 1 : Venu(e) de lui-même 2 :
Médecin 3 : Infirmier 4 : Autres à préciser

II/ MOTIF DE CONSULTATION :

Q16 : Motif de consultation : 1 : Douleur épigastrique

2 : Vomissement 3 : hématomèse 4 : Amaigrissement 5 : Masse abdominale
6 : Inappétence 7 : Méléna 8 : Dysphagie 9 : Autres à préciser

III/ LES ANTECEDENTS : Personnels :

Médicaux

Q17 : Ulcère Gastrique : 1 : Oui 2 : Non

Q18 : Gastrite chronique : 1 : Oui 2 : Non 3 : Indéterminé

Chirurgicaux : Année de la gastrectomie :

/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

Q19 : Moignon de gastrectomie : 1 : oui 2 : non 3 : Indéterminé

Familiaux :

Q20 : Antécédents de cancer dans la famille : 1 : oui 2 : Non 3 : Degré de parenté (à préciser)

Habitudes socio-alimentaires :

Q21 : Consommation régulière de poisson fumé : 1 : Oui 2 : Non
3 : Indéterminé

Q22 : Groupe sanguin et rhésus : /_____/ 1 : A(+) 2 : B(+) 3 :
AB(+) 4 : O(+) 5 A(-) 6 : B(-) 7 : AB(-) 8 : O(-)

Q23 : Alimentation pauvre en fibre végétale : 1 : Oui 2 : Non 3 : Indéterminé

Q24 : Alimentation riche en graisse : 1 : Oui 2 : Non 3 : Indéterminé

Q25 : Alimentation riche en fruits et légumes : 1 : Oui 2 : Non 3 :
Indéterminé

Q26 : Consommation de viande rouge par semaine : 1 : Oui 2 : Non
3 : Indéterminé

Q27 : Consommation du têt (potasse) par semaine : 1 : Oui 2 : Non
3 : Indéterminé

Q28 : Consommation d'alcool (quantité par semaine) : 1 : Oui 2 : Non
3 : Indéterminé

Q29 : Consommation de tabac : 1 : Oui 2 : Non 3 :
Indéterminé

Q30 : Autres habitudes alimentaires à préciser :

.....

Q31 : Salaison des repas (ajout systématique de sel) :..... 1 : oui 2 :
Non 3 : Indéterminé

IV/ EXAMENS CLINIQUES :

A/signes fonctionnels :

Q32 : Dysphasie : /_____/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Indéterminé

Q33 : Vomissement alimentaire /_____/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Indéterminé

Q34 : Douleur épigastrique : /_____/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Indéterminé

Q35 : Dégout pour la viande : /_____/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Indéterminé

B/Signes généraux :

Q36 : Indice de performance OMS 1..... 2..... 3..... 4.....

Q37 : Poids(kg) :/_____/

Q38 : Taille(cm) :/_____/

Q39 : Indice de masse corporelle (IMC) (P/T^2) :/_____/

1 : Inf. 18 2 : 18-25 3 : 26 et plus

Q40 : Conjonctives : /_____/ 1 : Colorées 2 : Pales

C/Signes physiques :

Q41 : Inspection :/_____/ 1 : CVC 2 : Voussure 3 : Cicatrice 4 :
distension abdominale

Q42 : Palpation :/_____/ 1 : Masse épigastrique 2 : Gros foie 3 :
Troisier 4 : Nodule de sœur marie Joseph 5 : Clapotage à jeûn

Q43 : Percussion : /_____/ 1 : signe de flot 2 : signe de glaçon

Q44 : Auscultation :/_____/

Q45 : Toucher rectal (TR) :/_____/ 1 : Masse intra-canalair
2 : Ecailler de Brumer 3 : Normal

Q46 : Toucher vaginal (TV) :/_____/ 1 : Masse latéro-utérine
2 : Blindage 3 : Normal

V/EXAMENS PARACLINIQUES A BUT DIAGNOSTIC ; D'EXTENSION
ET D'OPERABILITE

➤ BILAN DIAGNOSTIC

Q47 : Fibroscopie + biopsie :/_____/ 1 : Oui 2 : Non

Q48 : Fibroscopie sans Biopsie :/_____/ 1 : Oui 2 : Non

Q49 : Tumeur :/_____/ 1 : Ulcéreuse 2 : bourgeonnante
3 : Ulcéro-bourgeonnante

Q50 : D'après la fibroscopie ; localisation anatomique de la tumeur :
...../_____/ 1 : cardia 2 : fundique 3 : fundo antrale 4 : fundo cardiale 5 :
antrale 6 : Antropylorique 7 : Pylorique 8 : Autres à préciser

Q51 : Aspects évocateurs d'un cancer à la fibroscopie :/_____/ 1 : Oui 2 :
Non

Q52 : Type d'image au TOGD :/_____/ 1 : Addition 2 : Amputation
3 : Rigidité

➤ BILAN D'EXTENSIONS

Q53 : Echographie abdominale faite : /_____/ 1 : Oui 2 : non

Q54 : Métastases hépatiques à l'échographie : /_____/ 1 : Oui 2 : Non

Q56 : Adénopathies profondes à l'échographie : /_____/ 1 : Oui 2 : Non

Q57 : Tumeur Ovarienne associée (krunkenberg) à l'échographie : /_____/ 1 :
Oui 2 : Non

Q58 : Ascite à l'échographie :/_____/ 1 : Absent 2 : Petite abondance 3 :
Moyenne abondance 4 : Grande abondance

Q59 : Radiographie pulmonaire faite : /_____/ 1 : Oui 2 : Non

Q60 : Métastases pulmonaires : /_____/ 1 : Oui 2 : Non

Q61 : Scanner Thoraco-abdominal fait : /_____/ 1 : oui 2 : Non

Q62 : Numération de la formule sanguine faite /_____/ 1 : Oui 2 : Non

Q63 : Protidémie :/_____/ 1 : Normale 2 : Hypoprotidémie
3 : Hyperprotidémie

Q64 : Temps de céphaline activée (TCA) :/_____/

Q65 : Taux de prothrombine (TP) :/_____/ 1 : Bas 2 : Elevé 3 : Normal

Q66 : Transaminases :/_____/ 1 : Basses 2 : Normales 3 : Elevées 4 : Non fait

Q67 : Ionogramme sanguin :/_____/ 1 : Hyponatrémie
2 : hyperkaliémie 3 : Hypokaliémie 4 : hyperchlorémie 5 : Hypochlorémie 6 : Hypernatrémie 7 : Non fait

Q68 : Consultation anesthésique (classe ASA) :/_____/

ASA I ASA II ASA III ASA IV

Q69 : Antigène carcino-embryonnaire augmenté (ACE) : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q70 : Stadification cTNM :/_____/

1 : Stade 0 : T1SN0 M0

2 : Stade IA : T1N0 M0

3 : Stade IB : T1N1 M0 ou T2 N0 M0

4 : Stade II : T1N2 M0 ou T2 N1M0 ou T3 N0 M0

5 : Stade IIIA : T2 N2 M0 ou T3 N1 M0 ou T4 N0 M0

6 : Stade IIIB :T3 N1 M0

7 : Stade IV : T4 N1 M0 ou T1 N3 M0 ou T2 N3 M0 ou T3N3 M0 ou T4 N2 M0 ou T4 N3 M0 ou TNM1

VI/PREPARATION PREOPERATOIRE :

Q71 : Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) : /___/ 1 : fait 2 : Non fait

Q72 : Décision RCP

.....

VII/TRAITEMENT :

Q73 : Patient décédé avant l'intervention (Histologie disponible) 1 : Oui 2 : Non

Q74 : date d'opération : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Q75 : Type de préparation : /___/ 1 : Psychologique 2 : Perfusion 3 : nutrition
4 : Transfusion préparatoire 5 : Autres à préciser

➤ PALLIATIF

Q76 : Type :/___/ 1 : Gastroentérostomie 2 : GEA
3 : Gastrostomie d'alimentation 4 : Jéjunostomie 5 : Autres

➤ CURATIF

Q77 : Type de résection :-----/___/ 1 : Gastrectomie polaire supérieure 2 : Antrectomie 3 : Gastrectomie des 4/5 4 : Gastrectomie totale
5 : Autres à préciser

Q78 : limite de résection : -----/___/ 1 = R0 2 = R1 3 = R2 4 = Indéterminé

Q79 : Présence d'adénopathies 1 : Oui 2 : Non

Q80 : Curage ganglionnaire :/___/ 1 : D1 Complet 2 : D1 Incomplet 3 : D2 Complet 4 : D2 Incomplet 5 : D3 Complet 6 : D3 Incomplet 7 : Indéterminé

Q81 : Rétablissement de la continuité :-----/___/ 1 = Birlroth I 2 = Birlroth II
3 : Anastomose gastrojéjunale selon Roux en Y 4 Anastomose œsogastrique
5 = Anastomose oesojéjunale sur anse en oméga 6 = Procédé de Henley
7 = Procédé de Tomoda 8 = Autres

VIII/EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE :

Q82 : Type de tumeur :/_____/ 1 : Adénocarcinome 2 : Sarcome 3 : Carcinome épidermoïde 4 : Lymphome 5 : Autres à préciser

Q83 : Ganglion :/_____/ 1 : Envahi 2 : Non envahi 3 : Autres à préciser

Q84 : Degré d'extension :/_____/ 1 : Muqueuse 2 : Sous muqueuse 3 : Musculeuse 4 : séreuse 5 : Autres à préciser

Q85 : Stadification pTNM :/_____/ 1 : Stade 0 : T1SN0M0

2 : Stade IA : T1N0 M0 3 : Stade IB : T1N1 M0 ou T2 N0 M0

4 : Stade II : T1N2 M0 ou T2 N1 M0 ou T3 N0 M0

5 : Stade IIIA : T2 N2 M0 ou N1 M0 ou T4 N0 M0 6 : Stade IIIB :T3 N1 M0

7 : Stade IV : T4 N1 M0 ou T1 N3 M0 ou T2 N3 M0 ou T3N3 M0 ou T4 N2 M0 ou T4 N3 M0 ou TNM1

Q86 : Chimiothérapie :

1 : Chimiothérapie néoadjuvante 2 : chimiothérapie adjuvante 3 : chimiothérapie palliative 3 : soins de supports

Protocole utilisé

Date d'inclusion

Nombre de cures.....

Complications de la chimiothérapie.....

Q87 : complications liées aux pathologies associées : 1 : VIH 2 : Hépatites :

Q88 : Radiothérapie postopératoire 1=RCC 2= Non fait

Protocole utilisé :-----

Date d'inclusion.....

Complications de la radiothérapie.....

IX/REANIMATION :

Q89 : Durée en jour :/_____/

Q90 : Réanimation postopératoire : /_____/ 1 : Oui 2 : Non

Date de sortie :.....

X/SUIVI POSTOPERATOIRE AVEC LA CLASSIFICATION DE Clavien
Dindo Strasberg :

1. Précoces :

Q91 : Suites opératoires précoces :/_____/ 1= simple 2= Grade I

2= Grade II 3= Grade III 4= Grade IIIa 5= Grade IIIb 6= Grade Iva 7= Grade IVb 8= Grade 0V 9= Autres.

Q91.1 : types de complications :/_____/ 1 : Abscess de la paroi 2 : Occlusion postopératoire 3 : Péritonite 4 : Simples 5 : Fistule digestive 6 : Décès

Q92 : Suites à 1 mois :/_____/ 1= simple 2= grade Id 3= Grade IId

4= Grade IIIad 5= Grade IIIbd 6= Grade IVad 7= Grade bd 8= Grade V 9= Autres

Q92.1 : types de complications chirurgicales :/_____/ 1 : Abscess de la paroi 2 : Occlusion postopératoire 3 : Péritonite 4 : Simples 5 : Fistule digestive 6 : Décès 7 : Autres

2. Tardives :

Q93 : Suites opératoires à 3 mois :/_____/ 1= simple 2= Grade I 3= Grade II 4= Grade III 5= Grade III a 6= Grade III b 7= Grade Iva 8= Grade IVb

9= Grade V

Q93.1 : Types de complications :/_____/

1 : Syndrome de petit estomac 2 : Dumping syndrome 3 : Eventration

4 : Occlusion par bride 5 : Récidive tumorale 6 : Ganglion du Troisier 7 : Nodule de sœur Marie Joseph 8 : Masse palpable 9 : Ascite 10 : Décès 11 : Perdu de vue

Q94 : Suivi biologie d'ACE : /_____/ 1 : Bas 2 : Normal 3 : Elevé 4 : Non fait 5 : Indéterminé

Q95 : Suivi radiologique :/_____/

1 : Fibroscopie de contrôle + biopsie 2 : Radiographie du thorax 3 : Scanner thoraco-abdominal 5 : Echographie

Q96 : Suites opératoires à 6 mois :/_____/ 1= simple 2= Grade I 3= Grade II 4= Grade III 5= Grade III a 6= Grade III b 7= Grade Iva 8= Grade IVb

9= Grade V

Q96.1 : Types de complications : /____/ 1 : Syndrome de petit estomac 2 : Dumping syndrome 3 : Eventration 4 : Occlusion par bride 5 : Récidive tumorale

6 : Ganglion du Troisier 7 : Nodule de sœur Marie Joseph 8 : Masse palpable 9 : Ascite 10 : Décès 11 : Perdu de vue

Q97 : suivi biologique de l'ACE :-/____/ 1 : Bas 2 : Normal 3 : Elevé 4 : Non fait 5 : Indéterminé

Q98 : Suivi radiologique : /_____/ 1 : Fibroscopie de contrôle + biopsie 2 : Radiographie du thorax 3 : Scanner thoraco-abdominal 5 : Echographie

Q99 : Suites opératoires à 1 an :/_____/ 1= simple 2= Grade I 3= Grade II 4= Grade III 5= Grade IIIa 6= Grade IIIb 7= Grade IVa 8= Grade IVb 9= Grade V

Q99.1 : Types de complications : /____/ 1 : Syndrome de petit estomac 2 : Dumping syndrome 3 : Eventration 4 : Occlusion par bride 5 : Récidive tumorale 6= Ganglion du Troisier 7 : Nodule de sœur Marie Joseph 8 : Masse palpable 9 : Ascite 10 : Décès 11 : Perdu de vue

Q100 : Suivi biologique de l'ACE : -/_____/ 1 : Bas 2 : Normal 3 : Elevé 4 : Non fait 5 : Indéterminé

Q101 : Suivi radiologique : /____/ 1 : Echographie 2 : Radiographie du thorax 3 : Scanner thoraco-abdominal 4 : Non faite

Q102 : Fibroscopie 1 fois par an :/_____/ 1 : Fait 2 : Non faite

Q103 : Suites opératoires à 2ans :/_____/ 1= simple 2= Grade I 3= Grade II 4= Grade III 5= Grade IIIa 6= Grade IIIb 7= Grade IVa 8= Grade IVb 9= Grade V

Q103.1 : Types de complications : /____/ 1 : Syndrome de petit estomac 2 : Dumping syndrome 3 : Eventration 4 : Occlusion 5 : Ganglion du Troisier 6 : Nodule de sœur Marie Joseph 8 : Masse palpable 9 : Ascite 10 : Décès 11 : Perdu de vue

Q104 : Suivi biologique de l'ACE : -/_____/ 1 : Bas 2 : Normal 3 : Elevé 4 : Non fait 5 : Indéterminé

Q105 : Suivi radiologique : /_____/ 1 : Echographie 2 : Radiographie du thorax 3 : Scanner thoraco-abdominal 4 : non fait

Q106 : Fibroscopie 1 fois par an :/_____/ 1 : Fait 2 : Non faite

Q107 : Suites opératoires à 3 ans :/___/ 1= simple 2= Grade I 3= Grade II
4= Grade III 5= Grade IIIa 6= Grade IIIb 7= Grade IVa 8= Grade IVb

9= Grade V

Q107.1 : Types de complications : /___/ 1 : Syndrome de petit estomac 2 :
Dumping syndrome 3 : Eventration 4 : Occlusion par bride 5 : Récidive
tumorale 6 : Ganglion du Troisier 7 : Nodule de sœur Marie Joseph 8 : Masse
palpable 9 : Ascite 10 : Décès 11 : Perdu de vue

Q108 : Suivi radiologie de l'ACE : -/___/ 1 : Bas 2 : Normal 3 : Elevé 4 : Non
fait 5 : Indéterminé

Q109 : suivi radiologique : /___/ 1 : Echographie 2 : Radiographie du thorax 3 :
Scanner thoraco-abdominal 4 : non fait

Q110 : Fibroscopie 1 fois par an :/___/ 1 : Fait 2 : non faite

Q111 : Suites opératoires à 4 ans :/___/ 1= simple 2= Grade I 3= Grade II
4= Grade III 5= Grade IIIa 6= Grade IIIb 7= Grade IVa 8= Grade IVb

9= Grade V

Q111.1 : types de complications : /___/ 1 : Syndrome de petit estomac 2 :
Dumping syndrome 3 : Eventration 4 : Occlusion par bride 5 : Récidive
tumorale 6 : Ganglion du Troisier 7 : Nodule de sœur Marie Joseph 8 : Masse
palpable 9 : Ascite 10 : Décès 11 : Perdu de vue

Q112 : Suivi biologie de l'ACE : -/___/ 1 : Bas 2 : Normal 3 : Elevé 4 : Non fait
5 : Indéterminé

Q113 : Suivi radiologique : /___/ 1 : Echographie 2 : Radiographie du thorax
3 : Scanner thoraco-abdominal 4 : non fait

Q114 : Fibroscopie 1 fois par an :/___/ 1 : Fait 2 : Non faite

Q115 : Suites opératoire à 5 ans :/___/ 1= simple 2= Grade I 3= Grade II
4= Grade III 5= Grade IIIa 6= Grade IIIb 7= Grade IVa 8= Grade IVb

9= Grade V

Q115.1 : Types de complications : /___/ 1 : Syndrome de petit estomac 2 :
Dumping syndrome 3 : Eventration 4 : Occlusion par bride 5 : Récidive
tumorale 6 : Ganglion du Troisier 7 : Nodule de sœur Marie Joseph 8 : Masse
palpable 9 : Ascite 10 : Décès 11 : Perdu de vue

Q116 : Suivi biologie de l'ACE :-/___/ 1 : Bas 2 : Normal 3 : Elevé 4 : Non fait
5 : indéterminé

Q117 : Suivi radiologique : /___/ 1 : Echographie 2 : Radiographie du thorax 3 :
Scanner thoraco-abdominal 4 : non fait

Q118 : Fibroscopie 1 fois par an :/___/ 1 : Fait 2 : Non faite

Q119 : Devenir des patients :..... 1 : Vivant 2 : Décédé 3 : Perdu de vue

Fiche signalétique

Nom : BAH

Prénoms : Ousmane Moctar

Titre : CANCER DE L'ESTOMAC : ASPECTS THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE A DU CHU POINT G

Année : 2023-2024

Pays d'origine : Mali

Secteur d'activité : Chirurgie générale

Résumé

Introduction : Les cancers gastriques sont des tumeurs malignes développées aux dépens des structures histologiques de l'estomac.

Objectifs : Déterminer la fréquence, les stratégies thérapeutiques, les suites opératoires et la survie des patients.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective sur 5ans allant de 2019 à 2023 dans le service de chirurgie « A » du CHU Point G. Etaient inclus tous les patients ayant consulté pendant la période d'étude, opérés ou non, chez qui le diagnostic de cancer gastrique a été confirmé à l'examen anatomopathologique.

Résultats : Les cancers gastriques ont représenté 33.2% des cancers digestifs. La moyenne d'âge était de 56.9 ans. Le sexe ratio a été de 1.4 . L'aspect ulcéro-bougeonnant (81%) de siège antropylorique (77.4%) étaient plus retrouvés à la fibroscopie. Le scanner thoraco-abdominopelvien a objectivé 16,7% de métastase pulmonaire. La tumeur a été classée stade IV dans 79,8%. La décision prise à la RCP a été majoritairement la chimiothérapie palliative. L'intervention chirurgicale était à but palliatif dans 53,6%. La gastro-entéro-anastomose était le geste chirurgical le plus réalisé (41.7%). La chirurgie R0 et le curage D2 ont été de 21.4% chacun. L'adénocarcinome a été de 89.3%. La chimiothérapie palliative a été réalisée dans 53,6%. Le séjour hospitalier moyen a été de 11.47 jours. Nous avons enregistré 23.8% de décès à 1mois. A 24 mois, 20.0% des patients ont répondu aux appels. Le taux de survie post-opératoire globale à 5 ans était de 8,82%.

Conclusion : Le cancer gastrique a occupé la première place des cancers du tube digestif. La prise en charge étaient la gastro-entéro-anastomose ; la gastrectomie des 4/5ème et la chimiothérapie palliative.

Mots clés : Cancer gastrique, Chirurgie, CHU Point G, Chimiothérapie