

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI  
**UN PEUPLE UN BUT-UNE FOI**



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-**



Année universitaire : 2023-2024

n° ...../

**MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**  
**DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN**  
**CHIRURGIE GENERALE**

**THEME**

**CANCERS DU CARDIA : ASPECTS**  
**EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE,**  
**THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIQUE**

Présenté et soutenu le 27 /12/ 2024 devant la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie par :

**Dr Mahamadou COULIBALY**

**JURY**

**Président** : M. Drissa TRAORE, Professeur  
**Membre** : M. Sékou Brehima KOUMARE, Maitre de conférences  
**Directeur** : M. Adégné TOGO , Professeur

## **LISTES DES ABREVIATIONS**

**RCC** : Radiothérapie-chimiothérapie concomitante

**RCP** : Réunion de concertation pluridisciplinaire

**RGD** : Reflux gastro-duodéal

**IMC** : Indice de masse corporelle

**OGPS** : Oesogastrectomie polaire supérieure

**OTH** : Œsophagectomie Trans hiatale

**GT** : Gastrectomie totale

**ADK** : Adénocarcinome

**ATCD** : Antécédent

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**FMOS** : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

**FLOT** : Fluorouracile, leucovorine, oxaliplatine et docetaxel

**FOLFOX** : Fluorouracile, leucovorine et oxaliplatine

**FOGD** : Fibroscopie œsogastroduodénale

**Rx** : Radiographie

**TDM TAP** : Tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne

**TOGD** : Transit œsogastroduodéal

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la tranche d'âge .....	10
Tableau II: Répartition selon la profession .....	11
Tableau III: Répartition selon la provenance .....	12
Tableau IV: Répartition selon les ethnies .....	12
Tableau V: Répartition selon le motif de consultation .....	13
Tableau VI: Répartition selon le délai de consultation en mois .....	14
Tableau VII: Répartition selon le motif d'hospitalisation .....	14
Tableau VIII: Répartition selon les pathologies associées.....	15
Tableau IX: Répartition selon les antécédents chirurgicaux.....	15
Tableau X: Répartition selon les facteurs de risques .....	16
Tableau XI: Répartition de la dysphagie selon de la classification d` Atkinson .....	17
Tableau XII: Répartition selon les signes généraux.....	17
Tableau XIII: Répartition selon le grade nutritionnel.....	18
Tableau XIV: Répartition selon le pourcentage de perte de poids .....	18
Tableau XV: Répartition selon IPOMS .....	18
Tableau XVI : Répartition selon le siège de la lésion en fonction de la classification de Siewert.....	19
Tableau XVII: Répartition selon l'aspect des lésions à la FOGD .....	20
Tableau XVIII: Répartition selon le type histologique .....	20
Tableau XIX: Répartition selon le degré de différenciation des adénocarcinomes....	21
Tableau XX: Répartition selon le résultat de la radiographie du thorax.....	22
Tableau XXI: Répartition selon le résultat de l'échographie abdominale .....	22
Tableau XXII: Répartition selon le résultat de la TDM-TAP.....	23
Tableau XXIII: Répartition selon la classification cTNM 2017.....	24
Tableau XXIV: Répartition selon le type de traitement .....	26
Tableau XXV: Répartition selon la voie d'abord.....	27
Tableau XXVI : Répartition selon la technique chirurgicale réalisée en curative.....	27
Tableau XXVII: Répartition selon le protocole de chimiothérapie palliative .....	28

Tableau XXVIII: Répartition selon les suites du traitement curatif à 1 mois.....	29
Tableau XXIX: Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 1 mois .....	29
Tableau XXX: Répartition selon les suites des abstentions chirurgicales à 1 mois ...	30
Tableau XXXI : Répartition selon les suites du traitement curatif à 3 mois .....	30
Tableau XXXII: Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 3 mois .....	30
Tableau XXXIII : Répartition selon les suites des abstentions chirurgicales à 3 mois .....	31
Tableau XXXIV: Répartition selon les suites du traitement curatif à 6 mois .....	31
Tableau XXXV: Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 6 mois .....	31
Tableau XXXVI : Répartition selon les suites des abstentions chirurgicales à 6 mois .....	32
Tableau XXXVII : Répartition selon les suites du traitement curatif à 12 mois .....	32
Tableau XXXVIII: Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 12 mois .....	32
Tableau XXXIX: Répartition selon les suites du traitement curatif à 24 mois .....	33
Tableau XL: Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 24 mois .....	33
Tableau XLI : Répartition selon les suites du traitement curatif à 36 mois.....	33
Tableau XLII: Morbi-mortalité/ Siewert à 1 mois .....	34
Tableau XLIII: Morbi-mortalité/Gestes chirurgicaux.....	34
Tableau XLIV: Morbi-Mortalité/ Grade nutritionnel à 1an.....	35
Tableau XLV: OMS/Morbi-mortalité .....	35
Tableau XLVI: Morbi-Mortalité-/Stade TNM.....	36
Tableau XLVII : Morbi-mortalité/ RCP .....	36
Tableau X XLVIII : Morbi-mortalité/ Chimiothérapie.....	37
Tableau XLIX : Mortalité en fonction du type de prise en charge .....	37

Tableau L : nombre de cas par an selon les auteurs.....	42
Tableau LI: Age moyen selon les auteurs .....	43
Tableau LII: Sexe et auteurs.....	44
Tableau LIII: Facteurs de risque selon les auteurs.....	45
Tableau LIV: Le délai moyen de consultation en mois selon les auteurs.....	46
Tableau LV: signes cliniques selon les auteurs.....	47
Tableau LVI: Siège de la lésion selon les auteurs .....	49
Tableau LVII: Type histologiques et auteurs.....	50
Tableau LVIII: Stade évolutif selon les auteurs.....	52
Tableau LIX: Type de traitement chirurgical selon les auteurs.....	53
Tableau LX: Techniques chirurgicales et auteurs.....	54
Tableau LXI: Chimiothérapie et auteurs.....	55
Tableau LXII: Taux morbidité post opératoire à j30 et auteurs.....	56
Tableau LXIII: Mortalité post opératoire après chirurgie curative à j30 et auteurs ...	57
Tableau LXIV: survie à 5 ans selon les auteurs.....	58

**LISTE DES FIGURES**

**Figure 1:** Nombre de cas/an..... 9

**Figure 2:** Répartition selon le sexe..... 10

**Figure 3:** Répartition selon le mode de recrutement ..... 13

**Figure 4:** Signes fonctionnels ..... 16

**Figure 5:** Répartition selon le stade évolutif (TNM)..... 25

**Figure 6:** courbe de survie Globale en mois..... 38

**Figure 7:** Survie selon les 03 techniques chirurgicales ..... 38

**Figure 8:** Survie selon l'abstention chirurgicale ..... 39

**Figure 9:** Survie selon la chirurgie palliative ..... 39

**Figure 10:** Survie selon la chimiothérapie..... 40

## SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
3. METHODOLOGIE.....	4
3.1. Cadre de l'étude : .....	4
3.2-Type et période d'étude : .....	6
3.3-Population : .....	6
3.4- Echantillonnage :.....	6
3.5. Variables étudiées : .....	6
3.6. Collecte des données :.....	7
3.7. Méthode :.....	7
3.8. Analyse des données : .....	8
3.9. Considération éthique :.....	8
4. RESULTATS .....	9
5. COMMENTAIRES-DISCUSSION.....	41
6. Conclusion :.....	59
7- Recommandations.....	60
REFERENCES .....	61
Annexes .....	67

## 1. INTRODUCTION

Les cancers du cardia sont des tumeurs malignes dont le centre est situé à 5 cm au-dessus et 5cm en-dessous de la jonction œsogastrique anatomique (ligne Z) [1]. Le cardia encore appelé ligne Z ou jonction oéo-gastrique est une zone de transition entre le thorax et l'abdomen, et entre l'œsophage et l'estomac.

Certains auteurs les considèrent comme des cancers de l'œsophage, d'autres les considèrent comme des cancers gastriques, d'autres encore comme une entité à part [2]. Ces divergences s'expliquent par la localisation de ces tumeurs à la frontière entre l'œsophage et l'estomac. Ils diffèrent des cancers épidermoïdes de l'œsophage non seulement par l'histologie mais aussi en raison d'une histoire naturelle et un pronostic différent [2]. Ils diffèrent également des adénocarcinomes gastriques sous-jacents par une épidémiologie propre, un envahissement lymphatique précoce [3] et un pronostic plus sombre [3].

L'incidence et la prévalence des cancers de la jonction œsogastrique sont en constante augmentation depuis plusieurs décennies [4].

Aux Etats Unis : les cancers du cardia ont représenté 23% des cancers gastriques [4].

En Europe : Segol P et coll ont colligé 13% de cancer du cardia en France [5].

Au Maroc : en 7 ans OUGOUGDAL L A a colligé 24 cas de cancer du cardia [6].

EN COTE D'IVOIRE : en 13 ans 4 cas de cancer du cardia sur 48 cancers de l'œsophage soit 8,33% [7].

Au Sénégal : les cancers du cardia ont représenté 8% des cancers gastriques [8].

Au Mali :

- ✓ Service de chirurgie « A » du CHU du point G : En 6ans KONE SONIA M a trouvé 12 cas de cancer du cardia sur 120 cas de cancers gastriques soit 10% des cancers gastriques [9].
- ✓ Service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré : KOURIBA S, en 19 ans a colligé 16 cas de cancer du cardia sur 857 cas de Tumeurs gastriques soit 1, 87% [10] et TOGO E a trouvé en 5 ans 4 cas de cancer du cardia sur 14 gastrectomies totales réalisées (28,57%) [11].



Le diagnostic est évoqué devant la dysphagie étayé par la FOGD+ Biopsie et confirmé par l'histologie. Plus de la moitié des patients présentent un stade avancé au moment du diagnostic avec décès dans les cinq ans suivant le diagnostic, malgré un traitement à visée curative [12,13].

La classification de SIEWERT a permis de clarifier les différentes indications chirurgicales selon la localisation [11,13,14].

La prise en charge est multidisciplinaire [15, 16].

Le Mali, tout comme de nombreux autres pays africains, fait face à une lacune critique en matière de statistique sur les cancers du cardia. Ce manque de données précises et actualisées entrave la mise en place de politiques de santé publique efficaces pour répondre à ce fléau.

Un des aspects majeurs qui amplifie cette lacune est le retard diagnostic des cancers du cardia en Afrique. En raison des divers facteurs socio-économiques, culturels et structurels, la majorité des populations africaines sont souvent confrontées à des obstacles dans l'accès aux services de santé appropriés.

Le but de cette étude est de fournir des renseignements sur les aspects épidémiologique, diagnostiques, thérapeutiques et pronostique des cancers du cardia et fournir des orientations pour le renforcement des capacités des chirurgiens généralistes dans les domaines de l'endoscopie digestive et de la chirurgie oncologique.

#### **Questions de recherche :**

- Quelle est la fréquence du cancer du cardia au CHU Gabriel Touré ?
- Quelles sont les facteurs de risque du cancer du cardia au CHU Gabriel Touré ?
- Quelles sont les caractéristiques cliniques, para- cliniques et les modalités thérapeutiques des cancers du cardia au CHU Gabriel Touré ?
- Quel est le pronostic du cancer du cardia au CHU Gabriel Touré ?

#### **Hypothèse de recherche :**

- Le cancer du cardia serait- il en augmentation au CHU Gabriel Toure ?

## **2. OBJECTIFS**

### **Objectif général :**

Etudier les cancers du cardia dans le service de chirurgie générale du CHU  
Gabriel TOURE

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des cancers du cardia ;
- Décrire les aspects diagnostiques des cancers du cardia ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des cancers du cardia ;
- Déterminer les suites immédiates et la survie des cancers du cardia

### **3. METHODOLOGIE**

#### **3.1. Cadre de l'étude :**

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU GT.

Situé au centre commercial de la ville de Bamako (commune III) ; le CHU Gabriel Touré est limité à l'est par le quartier populaire de Médina Coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieur (E.N.I.), au Nord le Quartier Général de l'Etat-major de l'Armée de Terre, au Sud le TRANIMEX (transport import-export).

Ancien dispensaire Central de Bamako, il a été érigé en hôpital le 17 Janvier 1959. Il porte le nom d'un étudiant Malien, Gabriel Touré, décédé de peste contractée au chevet de son malade.

L'Hôpital est devenu un centre hospitalier universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996.

C'est un hôpital de 3<sup>ème</sup> référence de notre système de santé.

Dans l'enceinte de l'hôpital, le bâtiment <Benitieni Fofana> situé du côté Nord - Ouest abrite le service de chirurgie générale.

Ce pavillon regroupe toutes les spécialités chirurgicales à l'exception de l'ORL et de la Neurochirurgie.

#### **3.1.1. Les locaux :**

Le service comprend 33 lits d'hospitalisation repartis entre 9 salles :

- Salles et lits

Deux (2) salles dites de première catégorie (lit unique, toilette intérieure, climatisée) ;

Six (6) salles de deuxième catégorie (2 à 5lits) ;

Une (1) salle de troisième catégorie (8 lits)

Une (1) salle de pansement ;

Deux salles de gardes (DES, thésards et infirmiers) ;

Une salle d'archive.

- Bureaux :

-Quatre (4) bureaux pour les chirurgiens.

- Un (1) bureau pour le chef de service.
- Un (1) bureau pour la secrétaire du chef de service.
- Un (1) bureau pour l'infirmier superviseur des soins.

- Les salles d'opérations :

Le bloc opératoire situé au premier étage comprend 4 salles d'opération réparties entre le service de traumatologie-orthopédie, le service d'urologie, le service de neurochirurgie, le service d'ORL et le service de chirurgie pédiatrique, et une salle de coelio-chirurgie pour les vacations de chirurgies générales. Une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de surveillance post-interventionnelle, un hall d'attente et un bureau pour l'infirmier major du bloc. Le service a une équipe tournante au service d'accueil des urgences (SAU) qui assure la permanence des urgences chirurgicales.

### **3.1.2. Le personnel :**

- Le personnel permanent :

Douze (12) chirurgiens dont trois (03) professeurs titulaires en chirurgie générale, trois (3) maîtres de conférences agrégés et six (04) maîtres de recherche et deux (2) chargés de recherche dont un chirurgien oncologue. Un technicien supérieur de santé, infirmier major du service.

Quatre agents techniques de santé et quatre aides-soignants.

Une secrétaire médicale.

Deux techniciens de surface ou manœuvres.

- Le personnel non permanent :

Il est composé de médecins stagiaires, de médecins en formation de DES, de thésards, d'étudiants en stage de médecine et d'élèves infirmiers.

### **3.1.3. Les activités :**

Le staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 7h 45 minutes.

La visite est effectuée tous les jours ouvrables après le staff et la visite générale tous les vendredis.

Les consultations externes ont lieu du lundi au vendredi après la visite.

- Les interventions chirurgicales à froid se déroulent du lundi au jeudi.
- Les gardes se font tous les jours du lundi au dimanche.
- Un staff de programmation des interventions tous les jeudis à 13 h.
- la réunion des thèses et mémoires a lieu les vendredis avec le chef du service, les professeurs, les maitres assistants, les chirurgiens et les thésards.
- Les hospitalisations se font tous les jours.
- Les soins aux malades hospitalisés sont effectués tous les jours.

Par ailleurs il faut noter la tenue d'un staff hebdomadaire médico-chirurgical les vendredis à 8h auquel participent toutes les spécialités de l'hôpital.

### **3.2-Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique avec collecte des données rétrospective et prospective allant du 1er Juin 2002 au 30 Juin 2024 soit une période de 22 ans.

### **3.3-Population :**

Tous les patients hospitalisés dans le service pour cancer œsogastrique.

### **3.4- Echantillonnage :**

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les cas de cancer du cardia qui répondent aux critères d'inclusion.

#### **3.4.1 Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude, tous les patients reçus dans le service pour cancer du cardia, opérés ou non chez qui le diagnostic de cancer du cardia a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique.

#### **3.4.2 Critères de non inclusion :**

Les patients non hospitalisés dans le service ; les patients dont le diagnostic du cancer de cardia n'est pas confirmé par l'examen anatomo-pathologique, les dossiers incomplets.

### **3.5. Variables étudiées :**

Les variables étudiées sont sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques, les suites opératoires et le pronostic.

### 3.6. Collecte des données :

- ❖ La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire sur une fiche individuelle d'enquête comportant les données sociodémographiques, les variables qualitatives et quantitatives.
- ❖ **Supports** : Les documents exploités comme sources de données ont été les registres de consultations, les registres d'hospitalisation, les dossiers des patients, les registres de comptes rendus opératoires, les résultats d'examens anatomopathologiques.

### 3.7. Méthode :

Le déroulement de la collecte des données a été fait en plusieurs phases :

- La phase de revue de la littérature : Google, pub Med, Google scholar, science directe, LISSA.
- Phase d'élaboration de la fiche d'enquête sous forme de questionnaire en se basant sur questions que nous nous sommes posées sur les insuffisances constatées lors de la revue de la littérature.  
Les fiches d'enquête encore appelées fiches d'exploitation documentaires ainsi élaborées ont été renseignées à travers les dossiers médicaux des malades, les registres de consultation, d'hospitalisation, de compte rendu opératoire, de RCP et les résultats anatomopathologiques.
- Phase d'élaboration de la base des données : les renseignements recueillis sur les fiches d'enquêtes ont été transcrits sur le logiciel Excel
- Phase d'analyse des données : la base de données ainsi élaborée a été analysée par les logiciel Excel, SPSS et épi info. Les résultats obtenus ont été commentés et discutés permettant de formuler les recommandations.
- Phase de suivi des malades : il a été fait pendant l'hospitalisation et en ambulatoire au cours des rendez-vous de suivi, par appel téléphonique ou par visite à domicile (VAD) qui nous a permis de déterminer les différentes complications et la survie et d'en déduire le pronostic.

- ❖ Pour la période rétrospective, nous avons procédé à l'exploitation des documents à l'aide d'une fiche d'enquête ou exploitation documentaire.
- ❖ Pour la période prospective, nous avons-nous même participé à l'examen physique, à la rédaction du dossier médical, à la prise en charge et au suivi de nos patients.

### **3.8. Analyse des données :**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word 2016, Excel 2016, SPSS et Epi info version 7. Le test statistique de comparaison utilisé a été le Chi2 avec un seuil de signification  $P < 0,05$ .

### **3.9. Considération éthique :**

Les données ont été recueillies dans le respect des patients et la confidentialité des informations.

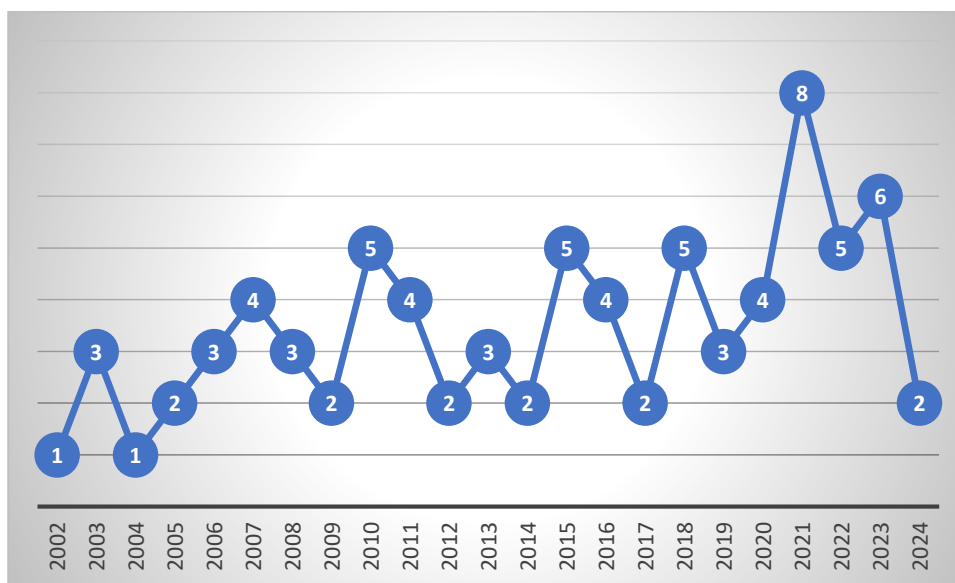
## 4. RESULTATS

### A- RESULTATS DESCRIPTIFS

#### 4.1. Fréquence :

De Juin 2002 à Juin 2024 (soit 22 ans) 79 cas de cancer du cardia ont été colligés dans le service. Pendant cette même période ces cancers ont représenté :

- 1,9% de tous les cancers (79/4142).
- 6,2% des cancers œsogastriques (79/1270).
- 0,09% des consultations (79/80049).
- 0,26% des hospitalisations (79/30090).
- 0,6% des interventions chirurgicales au bloc à froid (79/12167).



**Figure 1:** Nombre de cas/an

Le nombre moyen de cas par an a été de 3,5 cas avec des extrêmes de 1 et 8 cas.



## 4.2. Aspects sociodémographiques

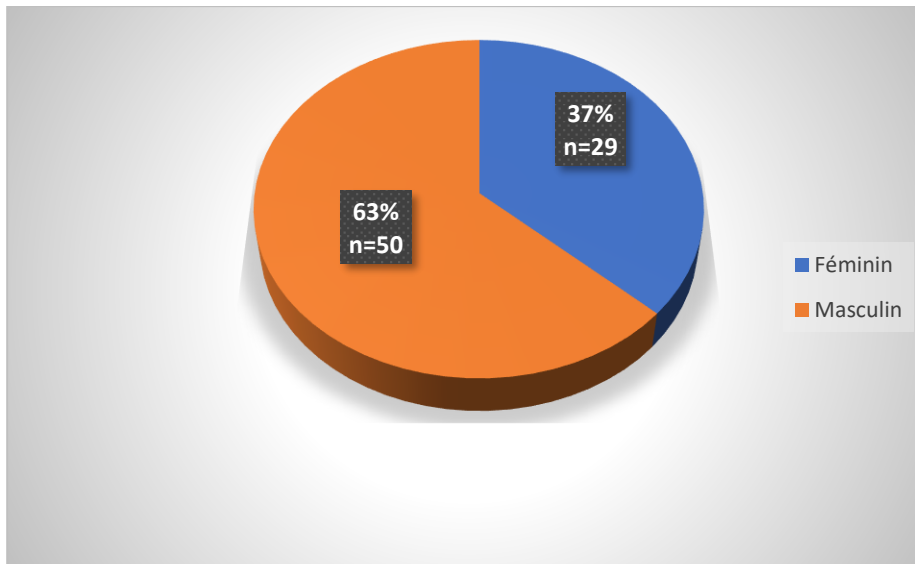
### 4.2.1- L'âge

**Tableau I:** Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
[30-39]	4	5,1
[40-49]	17	21,5
<b>[50-59]</b>	<b>26</b>	<b>32,9</b>
[60-69]	22	27,8
[70 et plus]	10	12,7
Total	79	100

La moyenne d'âge a été de 56,11 ans avec un écart type de 10,582 et des extrêmes de 30ans et 80 ans.

### 4.2.2- le sexe



**Figure 2:** Répartition selon le sexe

Le sex- ratio était de 1,72 en faveur des hommes.

#### 4.2.3- La nationalité

La totalité de nos patients étaient des maliens.

#### 4.2.4- La profession et la provenance

**Tableau II:** Répartition selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Auxiliaire de pharmacie	2	2,5
Berger	1	1,3
Chauffeur	6	7,6
Commerçant	9	11,4
Comptable	1	1,3
Cultivateur	21	26,6
Eleveur	2	2,5
Enseignant à la retraite	3	3,7
Jardinier	2	2,5
Magistrat	1	1,3
<b>Ménagère</b>	<b>26</b>	<b>32,9</b>
Militaire	3	3,8
Peintre	1	1,3
Pharmacien	1	1,3
Total	79	100

Les ménagères ont été majoritaires soit 32,9%.

**Tableau III:** Répartition selon la provenance

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bamako</b>	<b>40</b>	<b>50,6</b>
Gao	1	1,3
Kayes	8	10,1
Koulikoro	12	15,2
Mopti	7	8,9
Ségou	5	6,3
Sikasso	6	7,6
Total	79	100

Les patients venaient du district de Bamako dans 50,6% des cas.

#### 4.2.5- Les ethnies

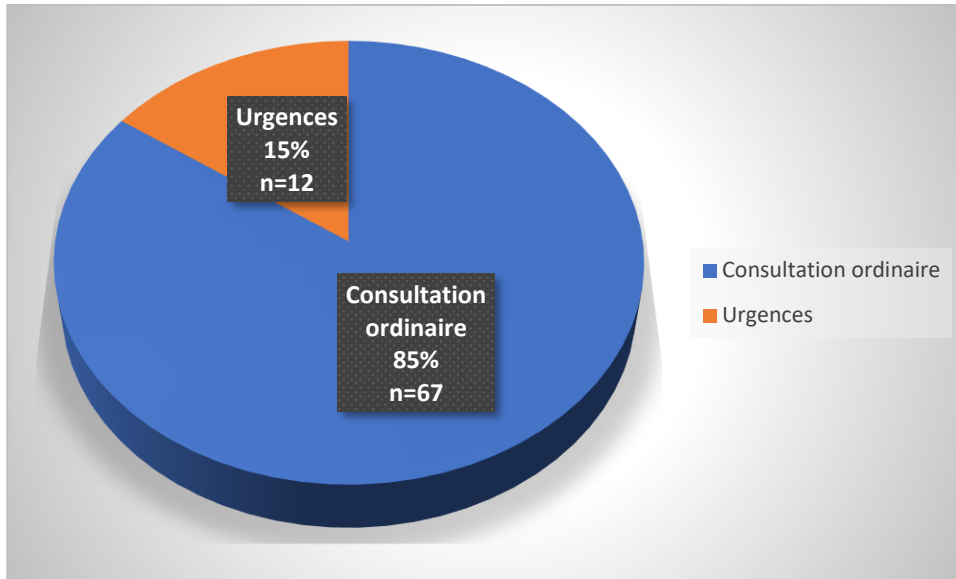
**Tableau IV:** Répartition selon les ethnies

<b>Ethnies</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>27</b>	<b>34,2</b>
Bobo	1	1,3
Dogon	10	12,6
Malinké	4	5,1
Maure	1	1,3
Mianka	8	10,1
Peulh	11	13,9
Senoufo	4	5,1
Somono	1	1,3
Soninké	9	11,3
Sonrhäï	2	2,5
Touareg	1	1,3
Total	79	100

Les bambaras ont représenté 34,2% de notre effectif.

### 4.3. Données cliniques

#### 4.3.1- Le mode de recrutement



**Figure 3:** Répartition selon le mode de recrutement

#### 4.3.2- Le motif de consultation et délai de consultation en chirurgie

**Tableau V:** Répartition selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	1	1,3
<b>Dysphagie</b>	<b>55</b>	<b>69,6</b>
Dysphagie + AEG	9	11,4
Epigastralgie	3	3,8
Epigastralgie + vomissements	8	10,1
Vomissements	3	3,8
Total	79	100,0

La dysphagie a été majoritaire soit 69,6% des cas.

**Tableau VI:** Répartition selon le délai de consultation en mois

<b>Délai de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
[0-6]	30	37,9
[7-12]	<b>35</b>	<b>44,3</b>
>12	14	17,7
Total	79	100,0

Le délai moyen de consultation était de 10,14 mois avec un écart type de 7,395 et les extrêmes de 02 mois et 36 mois.

#### 4.3.3- Le motif d'hospitalisation

**Tableau VII:** Répartition selon le motif d'hospitalisation

<b>Motif d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
AEG	39	49,4
Syndrome orificiel	21	26,6
<b>Tumeur de la JOG</b>	<b>57</b>	<b>72,1</b>

Les tumeurs de la jonction œsogastrique ont été le motif d'hospitalisation le plus fréquent.

**4.3.4- Les antécédents****Tableau VIII:** Répartition selon les pathologies associées

<b>Pathologies associées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Gastrite chronique	6	7,6
HTA	7	8,9
HTA + Diabète	1	1,3
UGD	10	12,6
VIH	1	1,3
<b>Pas de pathologies associées</b>	<b>54</b>	<b>68,3</b>
Total	79	100

Il n'y avait de pathologie associée dans 68,3% des cas.

**Tableau IX:** Répartition selon les antécédents chirurgicaux

<b>ATCD chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Césarienne	1	1,3
Gastrectomie 4/5	1	1,3
Hernie inguinale bilatérale	2	2,5
Hernie inguinale droite	2	2,5
HIG + Adénome prostate	1	1,3
Hernie ombilicale	1	1,3
<b>Absence ATCD</b>	<b>71</b>	<b>89,8</b>
Total	79	100

Il n'y avait pas d'antécédant chirurgical dans 89,8% des cas.

#### 4.3.5- Antécédents familiaux :

Aucun antécédent de cancer familial n'a été signalé

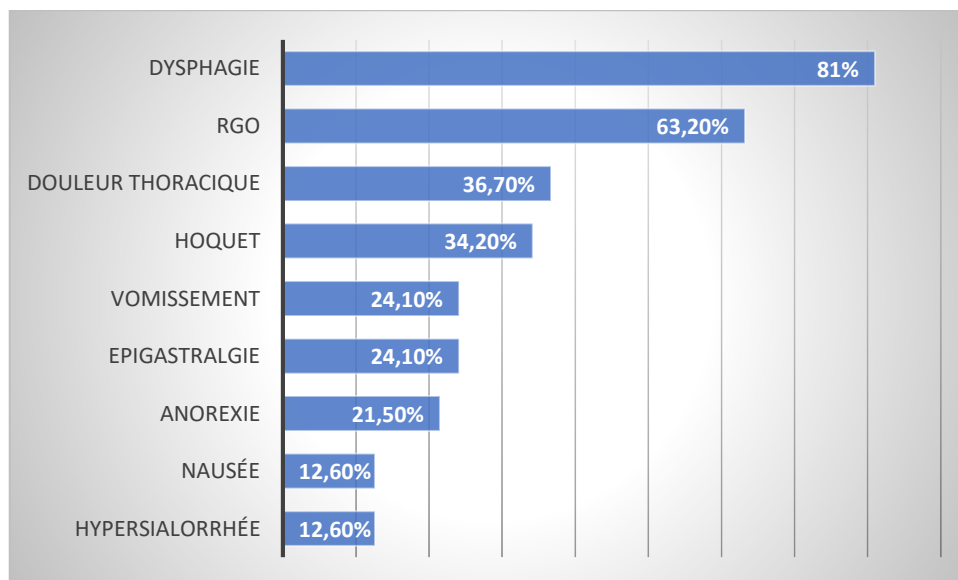
#### 4.3.6- Les facteurs de risques

**Tableau X:** Répartition selon les facteurs de risques

<b>Facteurs de risques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Tabac	28	35,4
Alcool	12	15,1
Obésité	6	7,5
UGD	10	12,6
<b>RGO</b>	<b>50</b>	<b>63,2</b>
Ingestion de produits caustiques	2	2,5

Le RGO, le tabac et l'alcool ont été les facteurs de risque les plus retrouvés avec respectivement : 63,2% ; 35,4% et 15,1% des cas.

#### 4.3.7- Signes fonctionnels



**Figure 4:** Signes fonctionnels

La dysphagie a été le signe fonctionnel le plus fréquent avec 81%.

#### 4.3.7.1- Type de dysphagie selon Atkinson

**Tableau XI:** Répartition de la dysphagie selon de la classification d`Atkinson

<b>ATKINSON</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1	15	23,4
<b>2</b>	<b>29</b>	<b>45,3</b>
3	13	20,3
4	7	11
Total	64	100

Le type 2 de ATKINSON était le type de dysphagie le plus retrouvé.

#### 4.3.8- Signes Généraux

**Tableau XII:** Répartition selon les signes généraux

<b>Signes généraux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pli déshydratation</b>	<b>57</b>	<b>72,1</b>
Pli dénutrition	54	68,3
OMI	7	8,8
Pâleur conjonctivale	6	7,5
Perte de poids	73	92,4

Les signes généraux étaient dominés par la perte de poids (92,4%), les plis de déshydratation (72,1%) et de dénutrition (68,3%) de nos patients des cas.



**Tableau XIII:** Répartition selon le grade nutritionnel

<b>Grade nutritionnel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>2</b>	<b>35</b>	<b>44,3</b>
3	22	27,8
4	22	27,8
Total	79	100,0

Le grade nutritionnel 2 a représenté 44,3% des cas.

**Tableau XIV:** Répartition selon le pourcentage de perte de poids

<b>% de perte de poids</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≥15%	19	26
<b>10-14%</b>	<b>30</b>	<b>41,1</b>
5-9%	24	32,9
Total	73	100

Quarante un virgule un pour cent (41,1%) de nos patients avaient un pourcentage de perte de poids comprise entre 10-14%.

**Tableau XV:** Répartition selon IPOMS

<b>IPOMS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1	10	12,7
<b>2</b>	<b>44</b>	<b>55,7</b>
3	22	27,8
4	3	3,8
Total	79	100

L'indice de performance de l'OMS a été côté grade 2 chez 55,7% de nos patients.

#### 4.3.9- Signes physiques

L'examen physique a permis de trouver un ganglion de troisier dans 2 cas (2,5%), une masse épigastrique dans 9 cas (11,3%) et la présence d'ascite chez 4 patients (5,1%).

#### 4.4. Examen paraclinique

##### 4.4.1- Fibroscopie œsogastroduodénale avec biopsie

La fibroscopie et la biopsie ont été réalisées chez tous les malades. Elle a permis de préciser :

- Le siège de la lésion : bas œsophage 18 cas, cardia 45 cas, sous cardiale 9 cas, cardio-corporéale 3cas et cardio-pylorique 4cas
- L'aspect de la lésion

##### 4.4.1.1- Siege des lésions

**Tableau XVI** : Répartition selon le siège de la lésion en fonction de la classification de Siewert

<b>SIEWERT</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1	18	22,8
<b>2</b>	<b>45</b>	<b>56,9</b>
3	16	20,3
Total	79	100

SIEWERT 2 a été majoritaire avec 56,9%.

**4.4.1.2- Aspect des lésions****Tableau XVII:** Répartition selon l'aspect des lésions à la FOGD

<b>FOGD</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bourgeonnante</b>	<b>34</b>	<b>43,1</b>
Bourgeonnante et hémorragique	2	2,5
Infiltrant	4	5,1
Sténosante	3	3,8
Ulcéro-bourgeonnante	31	39,2
Ulcéro-bourgeonnante et hémorragique	5	6,3
Total	79	100

Les lésions bourgeonnantes et ulcéro-bourgeonnantes ont été les plus retrouvées soit 43,1 % et 39,2 % des cas.

**4.4.2.- Type histologique****Tableau XVIII:** Répartition selon le type histologique

<b>Type histologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Adénocarcinome</b>	<b>64</b>	<b>81</b>
Adénocarcinome à cellule indépendante	4	5,1
Adénocarcinome papillaire	2	2,5
Carcinome épidermoïde	7	8,9
Dysplasie de haut grade	1	1,3
Lymphome de Malt	1	1,3
Total	79	100

Les adénocarcinomes ont été le type histologique les plus retrouvés 88,6%.

#### 4.4.2.2- Différenciation histologique

**Tableau XIX:** Répartition selon le degré de différenciation des adénocarcinomes

Degré de différenciation des ADK	Effectif	Pourcentage
Bien différencié	7	10,1
Cellule indépendante	4	5,8
Colloïdal	2	2,9
Indifférencié	3	4,3
<b>Moyennement différencié</b>	<b>41</b>	<b>59,4</b>
Muco-sécrétant	2	2,9
Peu différencié	10	14,5
Total	69	100

Les adénocarcinomes moyennement différenciés ont été les plus représentés soit 59,4%.

#### 4.4.3- Transit Œsogastroduodéal :

Le TOGD a été réalisé chez 10 patients soit 12,6% et a permis de préciser le siège de la lésion.

Les lésions siégeaient en majorité dans le cardia et le bas œsophage soit respectivement 70% et 30%.

**4.4.4- Radiographie du thorax :****Tableau XX:** Répartition selon le résultat de la radiographie du thorax

<b>Radiographie du thorax</b>	<b>Effectif</b>	
<b>Pourcentage</b>		
Normale	15	18,9
Métastases pulmonaires	4	5,1
Cardiomégalie	3	3,8
Pleurésie	2	2,5
Pneumopathie inflammatoire	1	1,3
Non fait	54	68,3
Total	79	100

La radiographie du thorax a permis de mettre en évidence des métastases pulmonaires dans 5,1% des cas.

**4.4.5 : Echographie**➤ **Echographie abdominale****Tableau XXI:** Répartition selon le résultat de l'échographie abdominale

<b>Echographie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Normale	1	1,3
<b>Métastases hépatiques</b>	<b>16</b>	<b>20,2</b>
Ascite	3	3,8
Adénopathies profondes	4	5,1
Splénomégalie	1	1,3
Non fait	54	68,3
Total	79	100

L'échographie abdominale a permis d'objectiver des métastases hépatiques dans 20,2% des cas.

➤ Echo-endoscopie n'a été réalisée chez aucun de nos patients.

#### 4.4.6- Tomodensitométrie Thoraco-Abdomino- Pelvienne

**Tableau XXII:** Répartition selon le résultat de la TDM-TAP

<b>TDM-TAP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masse au niveau de la jonction oeso-gastrique</b>	<b>24</b>	<b>30,4</b>
Métastases pulmonaires	8	10,1
Métastases hépatiques	16	20,2
Métastases ganglionnaires profondes	4	5,1
Métastases osseuses	2	2,5
Non fait	25	31,6
Total	79	100

La TDM TAP a mis en évidence des métastases hépatiques (20,2%), pulmonaires (10,1%) et osseuses (2,5%).

#### 4.4.7- Bilan biologique

- Un bilan pré opératoire a été réalisé chez tous nos patients.
- Vingt-quatre (24) malades présentaient une anémie soit 30,3%.
- Cinquante (50%) les patients étaient de Groupe O rhésus positif.
- Cinquante un (51) malades présentaient des troubles ioniques soit 64,5%.
- Vingt-huit (28) malades présentaient une hypoprotidémie et une hypoalbuminémie soit 35,4%.

#### 4.5- Classifications cTNM et stadification

##### 4.5.1- Classifications cTNM

**Tableau XXIII:** Répartition selon la classification cTNM 2017

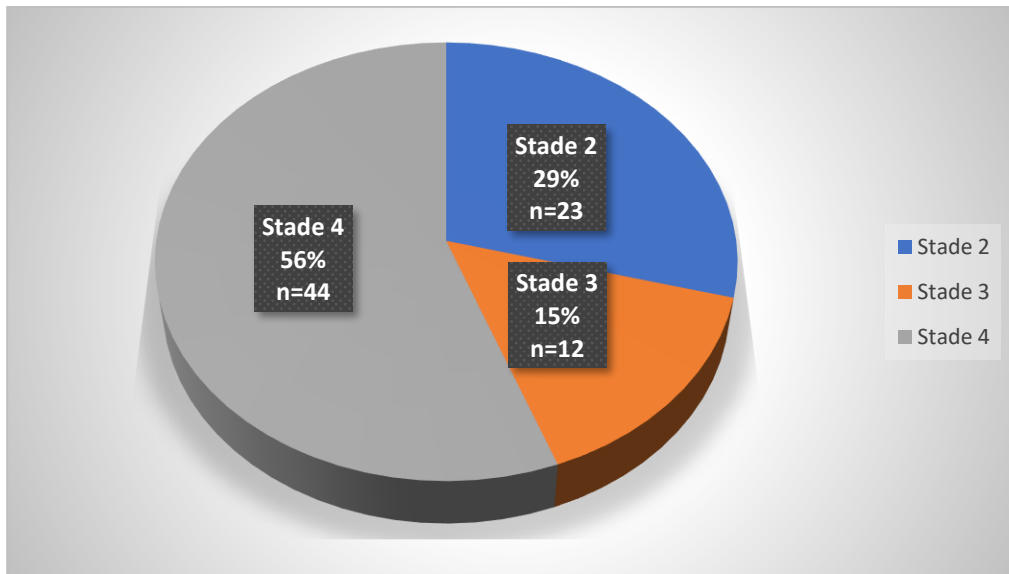
<b>TNM</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
T3N0M0	8	10,1
T3N1M0	12	15,2
T2N1M0	15	19
T4N1M1	44	55,7
Total	79	100

T4N1M1 ont représenté 55,7% des cas.

Parmi les 44 cas de stade 4 on a :

- Seize (16) cas de métastases hépatiques, 8 pulmonaires et 2 osseuse à la TDM TAP (métastases hépatiques + osseuse chez 1 malade et métastases pulmonaire+ osseuse chez 1 malade).
- Seize (16) cas de métastases hépatiques à l'échographie.
- Quatre (4) cas de métastases pulmonaires à la radiographie du thorax.

#### 4.5.2- Stadification de l'UICC



**Figure 5:** Répartition selon le stade évolutif (TNM)

#### 4.6 Traitement

**RCP=52 de nos patients soit 65,8%.**

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical à base :

- Antibiotiques (Ceftriaxone 1g associé Métronidazole perfusion 500ml)
- Antalgique (Paracétamol perfusion 1g associé Néfopam 20mg)
- Solutions de réhydratation (Sérum salé 0,9% ; Sérum glucose 5% et Ringer lactate)
- Vitaminothérapie (à noter que 5 patients ont bénéficié de la vitamine K1 suite à l'effondrement de leur TP)
- Corrections des troubles ioniques chez 51 patients
- Seize (16) patients ont bénéficié la nutrition parentérale
- Vingt-quatre (24) de nos patients ont été transfusés



#### 4.6.1- Type de traitement

**Tableau XXIV:** Répartition selon le type de traitement

<b>Type de traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Abstention chirurgicale	22	27,9
Refus d'intervention chirurgicale	2	2,5
Chirurgie palliative ( <b>gastrostomie d'alimentation</b> )	<b>35</b>	<b>44,3</b>
Chirurgie curative	20	25,3
Total	79	100

Les causes de non opérabilité et ou non résécabilité :

- Quinze (15) malades avaient une perte de poids supérieure à 20%.
- Dans 5 cas on a un âge supérieur à 70 ans avec des comorbidités significatives.
- Présence de ganglion de troisier dans 2 cas.
- Trente (30) avaient des métastases pulmonaires, hépatiques et osseuses.
- Trois (3) avaient de l'ascite.
- Deux (2) avaient la pleurésie.

#### 4.6.2- Traitement curatif

##### 4.6.2.1- Voie d'abord

**Tableau XXV:** Répartition selon la voie d'abord

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
<b>Laparotomie</b>	<b>11</b>	<b>55</b>
Triple voies (laparotomie plus thoracotomie droite et cervicotomie gauche)	2	10
Laparotomie plus cervicotomie gauche	7	25
Total	20	100

La laparotomie a été la voie d'abord la plus réalisée dans 11 cas soit 55 %.

##### 4.6.2.2- Technique curative

**Tableau XXVI :** Répartition selon la technique chirurgicale réalisée en curative

Technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage
<b>Gastrectomie totale</b>	<b>9</b>	<b>45</b>
Oesogastrectomie polaire supérieure	4	20
Œsophagectomie trans hiatale	7	35
Total	20	100

La gastrectomie totale a été la technique chirurgicale la plus réalisée soit 45 %.

##### 4.6.2.3- Séjour en Réanimation

Tous les patients ayant subi une chirurgie à visée curative ont séjourné en service de réanimation. La durée moyenne de séjour a été 4,87 jours un écart type 1,632 et des extrêmes de 3-10 jours.

### **4.6.3- Traitement palliatif**

#### **4.6.3.1- Traitement chirurgical**

La chirurgie palliative consistait à faire une gastrostomie d'alimentation, elle a été réalisée chez **35** patients soit **44,3%**.

#### **4.6.4- Chimiothérapie :**

##### **4.6.4.1- Chimiothérapie néo adjuvante**

Parmi les 20 malades opérés, une chimiothérapie néo adjuvante a été réalisée chez 3 soit 15% et le FLOT était le protocole utilisé.

##### **4.6.4.2- Chimiothérapie adjuvante**

Parmi les malades chez qui la résection a été possible, 11 patients soit 55 % ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante à base de FLOT.

Aucun des malades n'a bénéficié d'une radiothérapie pré ou post opératoire.

##### **4.6.4.3- Chimiothérapie à visée palliative :**

Trente-sept (37) patients ont bénéficié d'une chimiothérapie à visée palliative soit 46,8%.

**Tableau XXVII:** Répartition selon le protocole de chimiothérapie palliative

<b>Chimiothérapie palliative</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>FOLFOX</b>	<b>29</b>	<b>78,4</b>
FOLFOX +XELOX	1	2,7
FOLFIRI	3	8,1
XELODA	4	10,8
Total	37	100

Le FOLFOX était le protocole le plus utilisé en chimiothérapie palliative soit 78,4% des cas.

#### 4.6.5- RESULTATS DU TRAITEMENT

- Il n'y a eu aucune complication en per opératoire.
- onze (11) patients ont présenté des complications post op immédiates et tardives soit 55% (1 cas d'embolie pulmonaire, 1 cas de fistule digestive, 1 cas d'hémothorax, 1 cas de pneumopathie ,5 cas de suppuration pariétale et 2 cas de chute de la sonde de gastrostomie).

##### 4.6.5.1- Les suites à 1 mois

**Tableau XXVIII:** Répartition selon les suites du traitement curatif à 1 mois

Suites à 1mois	Effectif	Pourcentage
Décès	5	25
Simple	15	75
Total	20	100

Les suites à j30 ont été simples chez la majorité des malades soit 75%, nous avons colligé 5 cas de décès soit 25%.

**Tableau XXIX:** Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 1 mois

Suites à 1 mois	Effectif	Pourcentage
Décès	5	14,3
Perdu de vue	9	25,7
Simple	21	60
Total	35	100

Les suites ont été simples dans 60% des cas de gastrostomie d'alimentation. A un mois nous avons enregistré 5 cas de décès soit 14,3%.

**Tableau XXX:** Répartition selon les suites des abstentions chirurgicales à 1 mois

<b>Suites à 1 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	<b>11</b>	<b>50</b>
Perdu de vue	4	18,2
Simple	7	31,8
Total	22	100

Pour les abstentions chirurgicales 4 malades sont perdus de vue soit 18,2 % et 11 cas de décès soit 50%.

#### 4.6.5.2- Les suites à 3 mois

**Tableau XXXI :** Répartition selon les suites du traitement curatif à 3 mois

<b>Suites à 3 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	7	35
Perdu de vue	3	15
Simple	<b>10</b>	<b>50</b>
Total	20	100

50% de nos patients étaient vivants à 03 mois après chirurgie curative.

**Tableau XXXII:** Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 3 mois

<b>Suites à 3 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	14	40
Perdu de vue	10	28,5
Simple	11	31,5
Total	35	100

Après 03 mois 31,5% des patients étaient vivants contre 40 % de décès. Un cas de suppuration de l'orifice de la sonde de gastrostomie.

**Tableau XXXIII** : Répartition selon les suites des abstentions chirurgicales à 3 mois

<b>Suites à 3 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	14	63,7
Perdu de vue	5	22,7
Simple	3	13,6
Total	22	100

Pour les cas d'abstention chirurgicale à 03 mois il restait que 03 malades vivants soit 13,6%.

#### 4.6.5.3- Les suites à 6 mois

**Tableau XXXIV**: Répartition selon les suites du traitement curatif à 6 mois

<b>Suites à 6 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	7	35
Perdu de vue	5	25
Simple	8	40
Total	20	100

Après chirurgie curative ,8 de nos malades étaient vivants à 06 mois soit 40 %.

**Tableau XXXV**: Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 6 mois

<b>Suites à 6 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	15	42,9
Perdu de vue	11	31,4
Simple	9	25,7
Total	35	100

**Tableau XXXVI** : Répartition selon les suites des abstentions chirurgicales à 6 mois

<b>Suites à 6 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	16	72,7
Perdu de vue	5	22,7
Simple	1	4,6
Total	22	100

#### 4.6.5.4- Suivi à 12 mois

**Tableau XXXVII** : Répartition selon les suites du traitement curatif à 12 mois

<b>Suites à 12 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>pourcentage</b>
Décès	9	45
Perdu de vue	6	30
Simple	5	25
Total	20	100

A 12 mois post opératoire 5 patients soit 25% étaient vivants. Sur les 5 patients un avait une sténose anastomotique.

**Tableau XXXVIII**: Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 12 mois

<b>Suites à 12 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>pourcentage</b>
Décès	16	45,7
Perdu de vue	13	37,1
Simple	6	17,2
Total	35	100

Seulement 17,2% de nos patients avec gastrostomie étaient vivants à 12mois.

**4.6.5.5 : Suivi à 24 mois****Tableau XXXIX:** Répartition selon les suites du traitement curatif à 24 mois

<b>Suites à 24 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	11	55
Perdu de vue	4	20
Simple	5	25
Total	20	100

A deux (02) ans de suivi après chirurgie curative : 11 patients soit 55% des cas sont décédés. Sur les 05 patients encore vivants soit 25% ; 02 avaient une récurrence tumorale.

**Tableau XL:** Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 24 mois

<b>Suites à 24 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	19	54,3
Perdu de vue	14	40
Simple	2	5,7
Total	35	100

**4.6.5.6- Suivi à 36 mois****Tableau XLI :** Répartition selon les suites du traitement curatif à 36 mois

<b>Suites à 36 mois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	12	60
Perdu de vue	4	20
Simple	4	20
Total	20	100

Après 3 ans de suivi ; 4 patients vivaient soit 20%.



#### 4.6.5.6.2- Répartition selon les suites des gastrostomies d'alimentation à 36 mois

Tous nos malades chez qui une gastrostomie d'alimentation a été réalisée sont décédés avant 03 ans

#### 6.5.7- Suivi à 60 mois

Tous nos patients sont décédés avant 05 ans.

### B- RESULTATS ANALYTIQUES :

**Tableau XLII:** Morbi-mortalité/ Siewert à 1 mois

SIEWERT	Morbidité	Mortalité	vivant	Total
I	4 (22,22%)	10(55,56%)	4(22,22%)	18(100%)
II	4(8,9%)	10(22,22%)	31(68,8%)	45(100%)
III	3(18,8%)	1(6,2%)	12(75%)	16(100%)
Total	11(13,9%)	21(26,6%)	47(59,5%)	79(100%)
Ddl= 8	Chi <sup>2</sup> =0,108	P=0,0 22		

**Tableau XLIII:** Morbi-mortalité/Gestes chirurgicaux

Geste chirurgical	Morbidité	Mortalité	Vivant sans complication	Total
Gastrectomie totale	2(2/9)	2(2/9)	5(5/9)	9(9/9)
Gastrostomie d'alimentation	2(2/35)	5(5/35)	28(35)	35(35/35)
Oesogastrectomie polaire supérieure	4(4/4)	1(1/4)	0(0/4)	4(4/4)
Œsophagectomie Trans hiatale	3(3/7)	2(2/7)	2(2/7)	7(7/7)
Total	11(11/55)	10(10/55)	35(35/55)	55(55/55)
Ddl= 16	Chi <sup>2</sup> =0,076	P=0,037		

**Tableau XLIV: Morbi-Mortalité/ Grade nutritionnel à 1an**

Idité	Grade nutritionnel			Total
	2	3	4	
Mortalité	2(2,5)	5(6,3)	4(5,1)	11(13,9)
Vivant sans	26(32,9)	16(20,3)	15(18,9)	57(72,2)
Complication	7(8,9)	1(1,3)	3(3,8)	11(13,9)
Total	35(44,3)	22(27,8)	22(27,8)	79(100)

Ddl= 6

Khi<sup>2</sup>=0,922

P=0,033

**Tableau XLV: OMS/Morbi-mortalité**

OMS	Morbidité	Mortalité	Vivant sans	
			complication	Total
1	1(1,3)	5(6,30)	4(5,1)	10(12,7)
2	6(7,6)	12(15,2)	26(32,9)	44(55,7)
3	4(5,1)	8(10,1)	10(12,6)	22(27,8)
4	0(0)	1(1,3)	2(2,5)	3(3,8)
Total	11(13,9)	26(32,9)	42(53,1)	79(100)

Ddl= 6

Khi<sup>2</sup>=0,966

P=0,0402

**Tableau XLVI:** Morbi-Mortalité-/Stade TNM

	Stade TNM			Total
	2	3	4	
Morbidité	6(7,6)	2(2,5)	3(3,8)	11(13,9)
Mortalité	6(7,6)	3(3,8)	2(2,5)	11(13,9)
Vivant sans complication	11(13,9)	7(8,9)	39(49,4)	57(72,1)
Total	23(29,1)	12(15,2)	44(55,7)	79(100)
Ddl= 8	Khi <sup>2</sup> =0,0241		P=0,03114	

**Tableau XLVII :** Morbi-mortalité/ RCP

	RCP		Total
	OUI	NON	
Morbidité	6(7,6)	5(6,3)	11(13,9)
Mortalité	15(18,9)	11(13,9)	26(32,9)
Vivant sans complication	31(39,2)	11(13,9)	42(53,2)
Total	52(65,8)	27(34,2)	79(100)
Ddl= 16	Khi <sup>2</sup> =0,361		P=0,071

**Tableau XLVIII : Morbi-mortalité/ Chimiothérapie**

Chimiothérapie	Morbidité	Mortalité	Vivant sans	
			complication	Total
Néoadjuvante	3 (5,5)	2(3,7)	1(1,8)	6(11,1)
Adjuvante	4(7,4)	2(3,7)	5(9,3)	11(20,4)
Palliative	4(7,4)	14(25,9)	19(35,2)	37(68,5)
Total	11(20,4)	18(33,3)	25(46,3)	54(100)

Ddl= 16

Khi<sup>2</sup>=0,122

P=0,065

**Tableau XLIX : Mortalité en fonction du type de prise en charge**

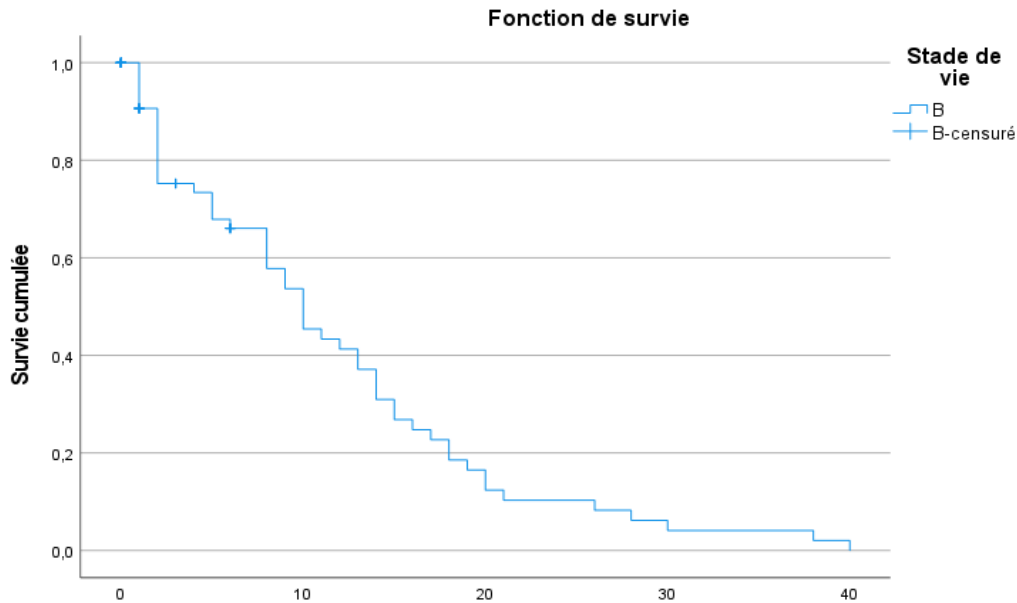
Mortalité	Type de chirurgie			
	Curatif	Palliatif	Abstention	Total
6 Mois	7(35%)	15(42,8)	16(72,7)	38(49,3%)
12 Mois	2(10%)	1(2,9)	6(27,3)	9(11,7%)
24 Mois	2(10%)	3(8,6)	0	5(6,5%)
Vivants	9(45%)	16(45,7)	0	25(32,5)
Total	20(100%)	35(100%)	22(100%)	77(100%)

Ddl= 6

Khi<sup>2</sup>=0,3206

P=0,759

**Survie globale :**



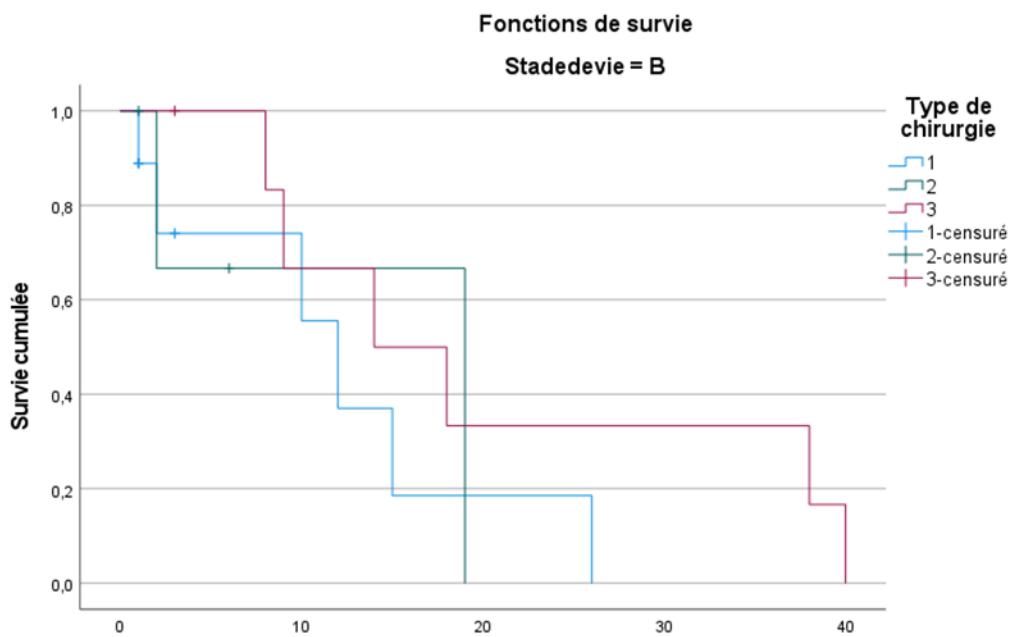
**Survie Globale**

**Figure 6:** courbe de survie Globale en mois

Moyenne=11,636

Médiane=10

**- Survie selon les 03 techniques chirurgicales :**



**Survie Globale**

**Figure 7:** Survie selon les 03 techniques chirurgicales

1- Gastrectomie

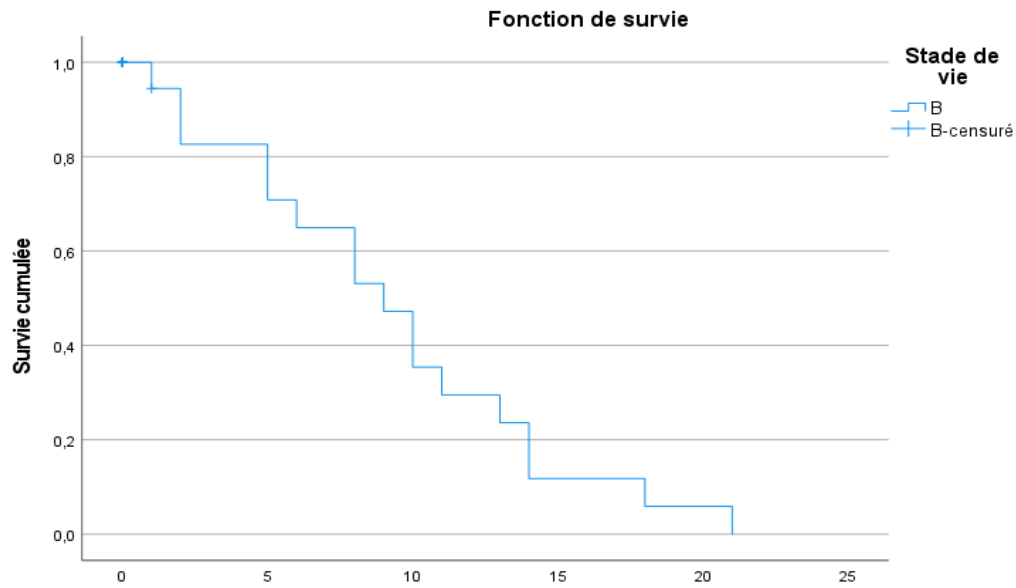
2- OGPS

3- OG Trans-hiatale

Moyenne= 14

Médiane=8,208

- **Survie selon l'abstention chirurgicale**



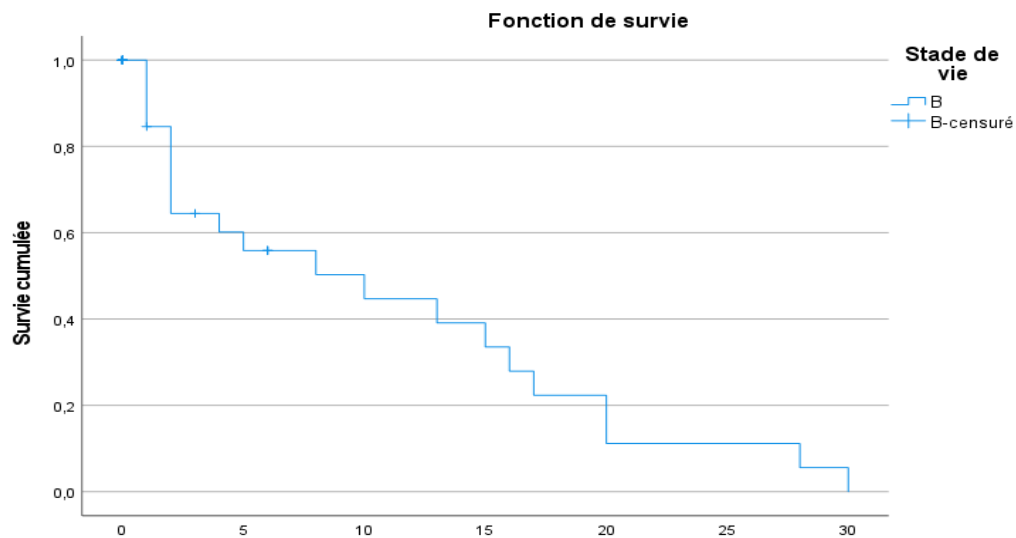
**Survie Globale**

**Figure 8:** Survie selon l'abstention chirurgicale

Moyenne= 9,264

Médiane=1,641

- **Survie selon la chirurgie palliative**



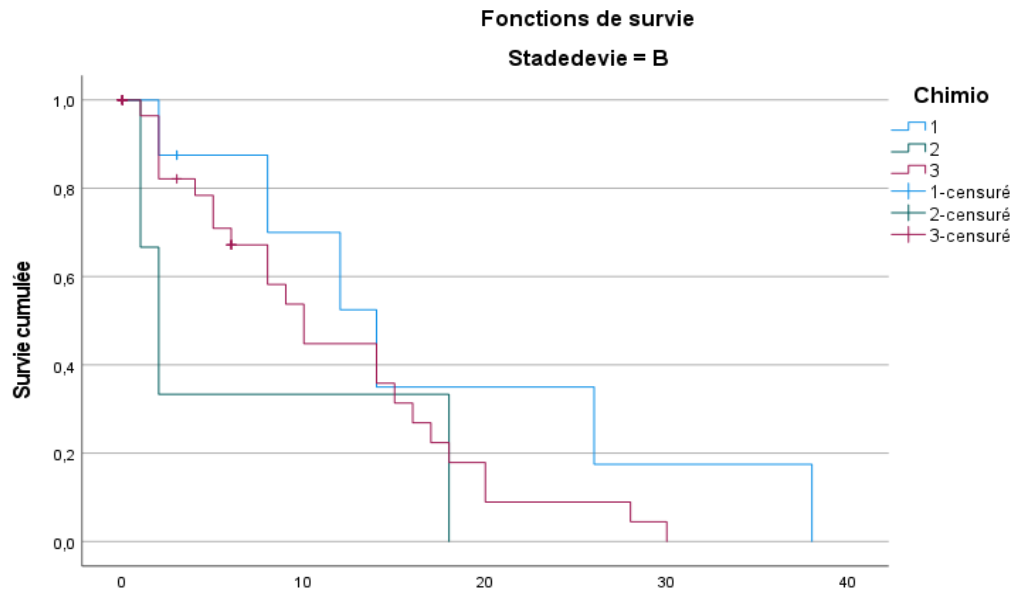
**Survie Globale**

**Figure 9:** Survie selon la chirurgie palliative

Moyenne= 10,833

Médiane=4,780

## Survie selon la chimiothérapie



## Survie Globale

**Figure 10:** Survie selon la chimiothérapie

1- Adjuvante

2- Néoadjuvante

3-palliatif

Moyenne= 12,379

Médiane=2,223

## **5. COMMENTAIRES-DISCUSSION**

### **5.1.-Methodologie**

Notre étude a concerné 79 patients et s'est déroulée en deux phases (rétrospective et prospective), sur une période de 22 ans allant de juin 2002 à Juin 2024. Ce qui nous a permis d'obtenir des données quantitatives, qualitatives et exploitables.

#### **Difficultés :**

Nous avons rencontré certaines difficultés dans notre étude, telles que :

- Le non-respect des rendez-vous par les malades
- La non joignabilité de certains numéros de téléphone
- La mauvaise conservation des dossiers et des archives
- L'absence de dossiers électroniques pour les malades.

Ces difficultés ont été signalées par d'autres auteurs africains [4 ,8,9,10]

En dépit de ces barrières, cette étude nous a permis d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques dans le service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré.



## 5.2- Données sociodémographiques

### 5.2.1- Fréquence

**Tableau L** : nombre de cas par an selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Nombre de cas/an
KONE S, Mali, 2001 [9]	12	2 P= 0,6785
Ougougdal LA, Maroc, 2014 [6]	24	3,4 P=1
N'Diaye R Y, Sénégal, 2020 [8]	28	2,8 P=1
Xun Z, Australie, 2005[17]	38	7,6 P=0,3717
Notre étude, Mali, 2024	79	3,59

L'incidence du cancer du cardia est en augmentation dans les pays industrialisés ainsi que dans les pays en voie de développement tel que le nôtre. Cette augmentation peut être due à la connaissance de l'anatomie du cardia, la classification de SIEWERT, la consommation de plus en plus fréquente de l'alcool et du tabac par la population juvénile, l'absence de prévention des facteurs de risque et le traitement inadéquat de certains de ces facteurs de risque tel que le RGO.

Le nombre moyen de cas par an dans notre étude a été de 3,59 ; LA. Ougougdal au Maroc a rapporté 3,4 cas/ an en 2014, R. N'Diaye au Sénégal a rapporté 2,8 cas /an en 2020 ; S. Koné au Mali a rapporté 2 cas/ an en 2001 ; Z. Xun en Australie a rapporté 7,6 cas /an en 2005 sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

**5.2.2- Age****Tableau LI:** Age moyen selon les auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Age moyen</b>
Faye J I, Sénégal, 2010 [18]	59 P=0,7748
KONE S, Mali, 2001 [9]	60 P=0,6673
Ougougdal L A, Maroc, 2014 [6]	61 P=0,5659
Lahzaoui T, Maroc, 2013 [19]	55 P= 1
Xun Z, Australie,2005[17]	63 P=0,3874
Notre étude, Mali, 2024	56,11

L'âge moyen de nos malades a été de 56,11 ans ; proche de ceux des séries sénégalaise [39], marocaine [4,19], australienne [17] et malienne [9] sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

Cette régularité montre que la fréquence du cancer du cardia augmente à partir de 50 ans comme le montre notre étude et celles de la littérature dans lesquelles l'âge moyen varie entre 55 et 63 ans [4,9,17,18,19].

**5.2.3- Sexe****Tableau LII: Sexe et auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>sexe</b>	<b>Femmes (%)</b>	<b>Hommes (%)</b>	<b>P</b>
KONE S, Mali, 2001 ; [9]		25	75	0,0926
Chevallay M, Suisse, 2017 [20]		32	68	0,5518
Xun Z, Australie, 2005[17]		16,5	83,5	0,0025
Ougougdal L A, Maroc, 2014 [6]		29	71	0,2925
Amadou S, Sénégal, 2017[21]		24	76	0,0653
Faron M, France, 2021 [22]		35,8	64,2	1
Notre étude, Mali, 2024		37	63	

Les hommes ont représenté 63% de notre effectif, cela témoigne une prédominance masculine dans notre série. Ce résultat est superposable à ceux de Kone S au Mali [9], Chevallay M en Suisse [20], Ougougdal LA au Maroc [6], Faron M en France [22] sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

Cette même prédominance masculine a été rapportée par une étude australienne [17] dans laquelle 83,5% de l'effectif était des hommes mais ce résultat diffère de celui de notre étude avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,0025$ ).

### 5.2.4- Facteurs favorisants

**Tableau LIII:** Facteurs de risque selon les auteurs

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Tabac</b>	<b>Alcool</b>	<b>RGO</b>
<b>Auteurs</b>			
KONE S, Mali, 2001 [9]	7(58,3%) P=0,0018	2(16,6%) P=0,8471	5(41,6%) P=0,0046
Glaoui M, Maroc 2011 ; [23]	30(20%) P=0,0266	23(15,5%) P=1	46(31%) P=0
Steevens J, Pays-Bas, 2010 [24]	55% P=0,0069	18% P=0,7032	45% P=0,0159
Kneller RW ; Chine 2010[25]	55% P=0,0069	37% P=0,0007	48% P=0,0464
Xun Z, Australie [17]	29(24%) P=0,121	15(12%) P=0,679	77(64%) P=1
Notre étude, Mali, 2024	28(35,4%)	12(15,1%)	50(63,2%)

Les facteurs de risques majoritairement rapportés ont été le RGO, le tabac et l'alcool avec des fréquences différentes selon les auteurs.

Dans la littérature d'autres facteurs de risque ont été rapportés tels que l'obésité et les antécédents familiaux... [24, 25,37]

Le RGO a été le facteur de risque majoritairement retrouvé au cours de notre étude, ce résultat est similaire à celui de Xun Z en Australie [17] ( $p > 0,05$ ) mais diffère de ceux des séries Malienne [9], Chinoise [25], Hollandaise [24] et Marocaine [23] ( $p < 0,05$ ).

Le tabac, deuxième facteur de risque dans notre étude (35,4%), a été rapporté par Xun Z en Australie [17] comme deuxième facteur de risque (24%) après le RGO sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ). Par contre il y a une

différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) par rapport aux séries malienne [9], chinoise [18], hollandaise [24] et marocaine [23] ( $p < 0,05$ ).

Après le RGO, le tabac, l'alcool vient en troisième position parmi les facteurs de risque retrouvés dans notre étude. Ce même ordre de fréquence des facteurs de risque a été noté par Xun Z en Australie [17].

Ces facteurs de risque peuvent intervenir dans la genèse du cancer de la jonction œsogastrique de plusieurs manières.

Le RGO va entraîner un remplacement de la muqueuse malpighienne par une muqueuse glandulaire de type intestinal qui peut évoluer vers une hyperplasie, une métaplasie, une dysplasie de bas grade, de haut grade puis le cancer.

La muqueuse de la jonction œsogastrique sous l'effet de la nicotine du tabac et l'hyperacidité induite par l'alcool va s'irriter et pourra évoluer selon les étapes de la carcinogenèse en cancer.

### 5.2.5- Le délai moyen de consultation en mois selon les auteurs

**Tableau LIV:** Le délai moyen de consultation en mois selon les auteurs

Auteurs	Délai moyen en mois	P
Glaoui M, Maroc, 2011 [23]	8±6,278	0,8048
N'Diaye RY, Sénégal, 2020 [8]	5±3,755	0,2829
Mimiesse JF, Brazzaville, 2022 [26]	8±5,325	0,8048
Briez N, France, 2011 [1]	3±2,122	0,0853
Notre étude, Mali, 2024	10,14±7,395	

Nous avons rapporté un délai moyen de consultation de 10,14±7,395 qui est proche de celui des séries sénégalaise [8], congolaise [26] et marocaine [23] et française [1] sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

Ce retard de consultation pourrait s'expliquer par l'automédication aussi bien en Europe qu'en Afrique, la pauvreté du tableau clinique au début, le niveau socioéconomique bas, la non scolarisation et le traitement à tort de la dysphagie comme angine surtout dans notre contexte.

### 5.3- Données cliniques

#### 5.3.1- signes clinique

**Tableau LV:** signes cliniques selon les auteurs

<b>Signes cliniques</b>	<b>Dysphagie</b>	<b>RGO</b>	<b>Douleur Épigastrique</b>	<b>Hoquet</b>	<b>Vomissement</b>
Ougougdal L A, Maroc, 2014 [6]	15(62,5%) P=0,0074	10(41,66%) P=0,0046	3(12,5%) P=0,0686	1(4,17%) P=0	7(29,16%) P=0,5216
Mimiesse JF,Brazzaville, 2022 [26]	19(55,88%) P=0,0003	3(8,82%) P=0	5(14,71%) P=0,1534	-	3(8,82%) P=0,0077
Glaoui M, Maroc, 2011 [23]	104(70%) P=0,1002	23(15,5%) P=0	99(67%) P=0	15(10,1%) P=0,0001	27(18,12) P=0,3854
KONE S, Mali, 2001 [9]	12(100%) P=0	4(33,33%) P=0	8(66,7%) P=0	-	5(58,3%) P=0
Notre étude, Mali, 2024	64(81)	50(63,29)	19(24,10)	27(34,17)	19(24,10)

Le tableau clinique des cancers du cardia est en général dominé par la dysphagie. Elle évolue en différents stades selon la classification de ATKINSON.

La dysphagie a été le maître symptôme dans notre étude soit 81% des cas. Ce même maître symptôme a été rapporté par Glaoui M au Maroc [23] sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

Notre résultat diffère de ceux rapportés par Koné S au Mali [9], Mimiesse JF à Brazzaville [26], Ougougdal L A au Maroc [6] ( $p < 0,05$ ).

La fréquence de ces symptômes s'explique par un diagnostic tardif dû à un retard de consultation des patients.

### 5.3.2- Paracliniques

#### 5.3.2.1- Topographie /Anatomopathologie

**Tableau LVI:** Siège de la lésion selon les auteurs

Auteurs	Cardia	Bas- œsophage	Sous-cardiale
Glaoui M, Maroc, 2011 [23]	40 (27%) P=0	65(43,5%) P=0,0127	44 (29,5%) P=0,1416
Ougougdal L A, Maroc, 2014[6]	6 (25%) P=0	14 (58,3%) P=0	4 (16,6%) P=0,7157
KONE S, Mali, 2001 [9]	8 (66,6%) P=0,1898	2 (16,7%) P=0,3768	2(16,7 %) P=0,7157
Guimbaud R, France, 2021 [27]	143(64%) P=0,3855	56(25%) P=0,8685	25 (11%) P=0,118
Notre étude, Mali, 2024	45(56,9%)	18 (22,8%)	16(20,3%)

La fréquence du siège des lésions varie selon les auteurs.

Dans notre étude, le cardia (Siewert II) a été la localisation la plus fréquente suivie du bas œsophage (Siewert I) et du sous cardiale (Siewert III), pas de différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ) avec les résultats des études de Guimbaud R en France [27] et de KONE S au Mali [9]. Les séries marocaines [6, 23] ont



rapporté les mêmes sièges avec des fréquences qui diffèrent de celle de notre étude ( $p < 0,05$ ).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les différentes études ont été faites de façon aléatoire sur des populations qui ont des habitudes alimentaires et socioprofessionnelles différentes, des facteurs de risque différents et du résultat de l'endoscopie qui reste opérateur dépendant.

### 5.3.2.2- Types histologiques

**Tableau LVII:** Type histologiques et auteurs

Auteurs	Adénocarcinome	Carcinome	
		épidermoïde	P
Glaoui M, Maroc, 2011 [23]	149(100%)	00	0,0006
Pucher P HT, Canada, 2023 [28]	(100%)	00	0,0006
Qin H, Chine, 2020 [29]	(79%)	(21%)	0,1876
Chevalay M, Suisse, 2017 [20]	133 (53,3%)	85(36,7%)	0
KONE S, Mali, 2001 [9]	6(50%)	6(50 %)	0
Mimiesse J F, Brazzaville, 2022[26]	24(81%)	6(19%)	0,3348
Notre étude, Mali, 2024	69(87,3)	10(12,7)	

Dans la littérature deux types histologiques sont fréquemment retrouvés au niveau de la jonction œsogastrique (cardia) : l'adénocarcinome et le carcinome épidermoïde.

Les dysplasies de haut grade, les lymphomes de Malt et les sarcomes ont été aussi rapportés dans quelques rares cas.

Les adénocarcinomes ont été majoritaires dans notre étude suivis des carcinomes épidermoïdes, ce résultat est identique à celui rapporté dans la littérature de façon générale.

La fréquence des adénocarcinomes et des carcinomes épidermoïdes dans notre série est proche de celle des études congolaise [26] et chinoise [29] sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

Dans l'étude de Koné S au Mali [9], les adénocarcinomes ont représenté 50% et les carcinomes épidermoïdes 50%. Par contre les études canadienne [28] et marocaine [23] ont rapporté 100% des adénocarcinomes.

La fréquence élevée des adénocarcinomes au niveau de la jonction œsogastrique pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des RGO qui vont entraîner un remplacement de la muqueuse malpighienne par une muqueuse glandulaire de type intestinal.

La fréquence plus élevée des adénocarcinomes dans les séries Marocaine [23] et canadienne [28] pourrait s'expliquer par le biais de sélection des échantillons étudiés.

**5.4- Stade de diagnostic****Tableau LVIII:** Stade évolutif selon les auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
KONE S. S, Mali, 2001 [9]	00 P=1	00 P=0	4(33,3%) P=0,0049	8(66,7%) P=0,1462
Pera M, Espagne, 2013 [16]	(25%) P=0	(40%) P=0,1369	(20%) P=0,4566	(15%) P=0
Ychou M, France2004 [13]	47(21%) P=0	85(38%) P=0,2307	65(29%) P=0,0265	27(12%) P=0
Notre étude, Mali, 2024	00	23 (29%)	12 (15%)	44 (56%)

Plus de la moitié de nos patients était diagnostiquée au stade IV (56%). Aucun de nos patients n'a été diagnostiqué au stade I. Ce résultat est proche de celui de Kone S au Mali [9] 66,7% de stade IV, 00% de stade I et II sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

Cela pourrait s'expliquer par le retard de consultation, l'absence des moyens de dépistage en masse et l'insuffisance des systèmes d'assurance maladie.

Les séries européennes : française [13] et espagnole [16] ont trouvé des résultats différents ( $p < 0,05$ ).

## 5.5- Traitement

### 5.5.1. Type de traitement chirurgical

**Tableau LIX:** Type de traitement chirurgical selon les auteurs

Auteurs	Chirurgie curative	Chirurgie palliative
KONE S, Mali, 2001 [9]	5(41,7%) P=0,0165	7(58,3%) P=0,0659
Ougougdal LA, Maroc, 2014 [6]	6(25%) P=1	18 (75%) P=0
Glaoui M, Maroc, 2011 [23]	104(69,8%) P=0	45(30,2%) P=0,0569
Xun Z, Australie,2005[17]	118(97%) P=0	3(3%) P=0
Paszt A, Hongrie 2022[30]	42(80,8%) P=0	7(13,5%) P=0
Notre étude, Mali, 2024	20(25,3%)	35(44,3%)

Le traitement chirurgical palliatif est souvent lié au retard de consultation et de prise en charge. Ainsi lorsque la lésion est localement avancée avec des métastases et compliquée d'aphagie, la chirurgie palliative est de mise.

La chirurgie palliative a représenté 44,3% dans notre étude, supérieure au résultat de Xun Z [17] et de Paszt A [30].

La chirurgie curative a représenté 25,3% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement inférieur aux résultats de Xun Z [17] 97%, de Paszt A [30] 80,8% et de Glaoui M [23] 69,8%. Cette différence pourrait s'expliquer par la précocité du diagnostic entraînant une prise en charge à viser curative dans les séries marocaine [23], australienne [17] et hongroise [30].

### 5.5.2. Techniques chirurgicales

**Tableau LX:** Techniques chirurgicales et auteurs

Auteurs	Gastrectomie totale	Oesogastrectomie polaire supérieure	Œsophagectomie Trans hiatale
KONE S, Mali, 2001 [9]	2 (40%) P=0,5672	3 (60%) P=0	00 P=0
Glaoui M, Maroc, 2011 [23]	30 (28,5%) P=0,028	11 (10,5%) P=0,118	60 (58%) P=0,0018
Chen Y, Chine, 2022 [31]	504(7,1%) P=0	942 (13,3%) P=0,253	5657(79,6%) P=0
Paszt A, Hongrie 2022[30]	37(71,2%) P=0,0003	5(9,7%) P=0,0747	00 P=0
Notre étude, Mali, 2024	9 (45%)	4 (20%)	7 (35%)

La gastrectomie totale a été le geste le plus réalisé dans notre étude (45%). Ce résultat est statistiquement superposable à celui de Kone S (40%).

L'œsophagectomie trans hiatale a représenté 35% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement différent de ceux de Glaoui M 58% et de Chen Y 79,6%.

L'oesogastrectomie polaire supérieure a été pratiquée chez 20% de nos patients. Ce résultat est proche de ceux Paszt A en Hongrie (9,7%), Chen Y en Chine (13,3%) et de Glaoui M au Maroc (10,5%) sans différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ) mais diffère statistiquement de celui de Kone S (60%).

Cela pourrait s'expliquer par le type histologique et le siège des lésions.

### 5.5.3- Chimiothérapie

**Tableau LXI:** Chimiothérapie et auteurs

Auteurs	Chimiothérapie adjuvante	Chimiothérapie néoadjuvante	Chimiothérapie palliative
Ychou, M, France, 2011 [32]	111(49,5%) P=0,578	113(50,5%) P=0	00 P=0
Cunningham D, Angleterre, 2006 [12]	253(50,3%) P=1	250 (49,7%) P=0	00 P=0
Brice J, USA,2017 [33]	771(35,9 %) P=0,0006	308(14,3%) P=1	60(2,8%) P=0
Ougougdal LA, Maroc, 2014 [6]	3(12,5%) P=0	00 P=0	6(25%) P=0,002
Notre étude, Mali, 2024	11(55%)	3(15%)	37(46,8%)

La chimiothérapie periopératoire a une place importante dans la prise en charge des cancers du cardia.

La chirurgie curative a été réalisée chez 20 malades dont 3 (15%) ont bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante. Ce résultat est statistiquement proche de celui de Brice J aux USA [33] ( $p > 0,05$ ) mais statistiquement non superposable à ceux de Cunningham D en Angleterre [12] et Ychou M en France [32] ( $p < 0,05$ ).

La chimiothérapie adjuvante tient compte des éléments suivants : les marges de résection, l'engainement perinerveux, l'embolie vasculaire, le nombre de ganglions envahis sur le nombre de ganglions prélevés. Elle a été réalisée chez 11(55%) de nos patients. Ce résultat est statistiquement comparable à ceux des séries anglaise [12] et française [32] et diffère de celui de Ougougdal L A avec une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Trente-sept (37) soit 46,8% de nos patients ont bénéficié de la chimiothérapie palliative. Notre résultat est statistiquement différent de ceux de Ougougdal [6] et de Brice [33].

Cette différence pourrait s'expliquer par le retard diagnostique de nos patients (56% de stade IV).

#### 5.5.4- Radiothérapie :

Crehang G [40] en France a souligné la place de la radiothérapie dans le traitement des cancers du cardia.

La radiothérapie n'a été réalisée chez aucun de nos malades dû à sa non disponibilité et au manque le moyen financier.

### 5.6- Suites opératoires

#### 5.6.1- Morbidités

**Tableau LXII:** Taux morbidité post opératoire à j30 et auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Morbidité j30</b>	<b>P</b>
KONE S, Mali, 2001 [9]	5	2(40%)	0,0474
Xun Z, Australie,2005[17]	118	42 (36%)	0,0106
Ougougdal LA, Maroc, 2014 [6]	6	4 (66,7%)	0,1108
Paszt A, Hongrie,2022[30]	42	14(33,33%)	0,0028
Notre étude, Mali, 2024	20	11 (55%)	

La morbidité des cancers du cardia est très élevée dans les différentes séries. Elle a été de 55% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement supérieur à ceux de KONE S au Mali [9], de Xun Z en Australie [17] et de Paszt A en Hongrie [30]

( $p < 0,05$ ). Ce taux élevé de morbidité est statistiquement proche de celui de Ougougdal L A au Maroc [6] ( $p > 0,05$ ).

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les cancers étaient localement avancés au moment de la chirurgie, l'état nutritionnel, les comorbidités, l'abord difficile et la lourdeur de la chirurgie.

### 5.6.2 Mortalités

**Tableau LXIII:** Mortalité post opératoire après chirurgie curative à j30 et auteurs

Auteurs	Effectif	Mortalité à j30
KONE S, Mali, 2001 [9]	5	1(20%) P=0,4982
Ougougdal LA, Maroc, 2014 [6]	6	1(16,7%) P=0,2243
Crehange G, France, 2008 [34]	220	24(11%) P=0,0167
Xun Z, Australie, 2005[17]	118	6(5%) P=0,0002
Notre étude, Mali, 2024	20	5 (25%)

Les cancers du cardia sont de mauvais pronostic. La mortalité reste élevée dans les différentes séries rapportées. Nous avons notifié 5 cas de décès en post opératoire soit (25%) statistiquement proche de ceux de Kone S au Mali [9] et de Ougougdal L A au Maroc [6] ( $P > 0,05$ ) mais inférieur à ceux de Créhange G en France [34] et de Xun Z en Australie [17]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le cancer était localement avancé au moment de la chirurgie, l'état général, nutritionnel, les comorbidités, l'abord difficile, la lourdeur de la chirurgie et la réanimation pré, per et post opératoire.



**5.6.3- Suivi à 5 ans****Tableau LXIV:** survie à 5 ans selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Survie globale à 5 ans
Mariette C, France, 2002 [35]	126	25,1% P=0
Xun Z, Australie, 2005 [17]	118	20% P=0
Mariette C, France, 2010 [36]	224	38% P=0
Liting L V, Chine, 2021 [2]	1019	38,2% P=0
Chen Y, Chine, 2022 [31]	7103	53,7% P=0
Notre étude, Mali, 2024	20	0

Le pronostic des cancers du cardia est mauvais. Tous nos malades opérés sont décédés avant 5ans malgré la chirurgie à visée curative. Ce résultat est différent de ceux de Mariette C en France [35 ;36], de Xun Z en Australie [17], Liting L V en Chine [2] et de Chen Y en Chine [31] avec une différence statistiquement significative( $p<0,05$ ).

Cette différence pourrait s'expliquer par l'état général et nutritionnel de nos patients, l'envahissement locorégional et l'absence de RCC en post opératoire.

## 6. Conclusion :

- ✚ L'incidence du cancer du cardia est en augmentation.
- ✚ Le diagnostic est le plus souvent tardif.
- ✚ La chirurgie palliative notamment la gastrostomie d'alimentation occupe une place importante.
- ✚ Le pronostic est mauvais.

## **7- Recommandations**

### **➤ Aux autorités politiques et sanitaires**

- Doter les CHU, les hôpitaux régionaux et les Centres de santé de référence du Mali de matériels d'endoscopie digestive haute pour un dépistage précoce.
- Former le personnel en radio chimiothérapie.
- Doter le CHU Gabriel Toure d'une unité d'anatomie pathologie.
- Doter le CHU Gabriel Toure d'un centre de radio chimiothérapie et d'écho-endoscopie
- Organiser des campagnes de dépistage du cancer du cardia à un stade précoce.
- Former les chirurgiens généralistes en endoscopie digestive.
- Renforcer de la sensibilisation sur les effets néfastes du tabac et de l'alcool.

### **➤ Aux personnels**

- Demander et réaliser la fibroscopique oeso-gastroduodéal devant tout cas de dysphagie.
- Informer, éduquer, sensibiliser sur les facteurs de risque du cancer du cardia.

### **➤ A la population**

- Consulter immédiatement devant tout cas de dysphagie et de reflux gastroœsophagien.
- Eviter le tabac et l'alcool.
- Eviter l'automédication.

## REFERENCES

- 1) BRIEZ N, Gronnier C, Mariette C. Cancers de la jonction œsogastrique : épidémiologie, diagnostic et traitement. EMC-Gastro-entérologie. 2011 ; 6 (2) :1-17
- 2) Liting LV, Xiao Liang, Dan wu, Feng Wang, Yow Zhang, Hui Cang, Xiong Wei Deng, Meili. Is cardia cancer a special type of gastric cancer? A differential analysis of early cardia and non-cardia cancer. Journal of Cancer 2021;12(8):2385-2394
- 3) Robert PF. Gastrectomie pour adénocarcinome gastrique influence de l'étendue de la lymphadénectomie étude rétrospective uni centrique portant sur 124 patients thèse Med université François Rabelais de Tours 2012
- 4) Yang PC et coll. Epidemiological characteristics of adenocarcinoma of the gastric cardia and distal stomach in the United States 1973-1982. Int J Epidemiol 1988 ;17 : 293-97
- 5) Segol Pet Coll. Cancer de l'estomac: Notions fondamentales et diagnostic. Encycl. Med Chir 1994 ; 9-027-A-10 :18P
- 6) Ougougdal LA : prise en charge chirurgicale des cancers du bas œsophage et du cardia  
Thèse de médecine 2014 No 76. Faculté de médecine et pharmacie de Marrakech
- 7) Cornet L et coll. Cancer œsophage : Etude de 48 cas au CHU de Treichville (Abidjan) Médecine d'Afrique Noire 1983-30(4) :161-167P
- 8) N'Diaye R Y. Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des cancers gastriques au service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye à propos de 124 cas entre 2010- 2019 Thèse Med 2020 N°107

- 9) KONE S M. La chirurgie des cancers du cardia en chirurgie A de l'hôpital du point G à propos de 12 cas thèse de médecine 2001 N° 70
- 10) KOURIBA S. Cancer de l'estomac : Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE. Thèse de Med 2021 N °369
- 11) TOGO E A. Gastrectomie totale : Indications et pronostic dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE thèse Med 2022 N°264
- 12) Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Vandé Velde CJ, Nicolson M, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastro-esophageal cancer. N Engl J Med 2006; 355: 11-20
- 13) YCHOU M, Gory Delabaere G, Blanc P, Bosquet L, Duffour J, Giovannini M, Guillemin F, Lemanskic Marchal F, Masson B, Merrouche Y, Monges G, Adenis A, Bosset JF, Bouche O, Conroy T, Pezet D, Triboulet JP. Recommandations pour la pratique Clinique. Standards, options et recommandations 2004 pour la prise en charge des patients atteints d'adénocarcinome de l'estomac, cancers du cardia autres types histologiques exclus (évolution des thérapeutiques) Bulletin du cancer 2005, 92(4) : 381-409
- 14) Jeremiah T M et al. Should gastric cardia cancers be treated with oesophagectomy or total gastrectomy. A comprehensive analysis of 4996 NSQIP/SEER patients from the department of surgery, the university of KENTUCKY. Lexington, ky. J Am Coll. surg 2015, 220 :510-520
- 15) DIFIORÉ F et al. Bilan pré thérapeutique des cancers de la jonction œsogastrique : les cancers de l'œsophage, de l'estomac et de la jonction œsogastrique : une prise en charge résolument multidisciplinaire Oncologie (Paris, France) 2013 ; 15 (3-4) : 144-148
- 16) Pera M, Grande L, Maurel J. Prise en charge des cancers œsogastriques : une perspective depuis la catalogne : Gastric, oesophageal and gastroesophageal

Junction cancer : consistently multidisciplinary management. *Oncologie (Paris France)* 2013 ; 15(3-4) : 181-188

17)Xun Z, Waston D I, Glyn G. J, Carolyn L, Justin R.B and Petter D. Outcome of esophagectomy for adenocarcinoma of the esophagus and esophagogastric junction. *ANZ.J. Surg.* 2005 ;75 :513-519

18) Faye J I. Prise en charge des cancers gastriques au service de chirurgie générale de l'hôpital général de grand YOFF à propos de 105 cas. Thèse Med 2010 N°75

19)LAHZAQUI T. Expression du récepteur HER2 dans le cancer gastrique ou de jonction œsogastrique métastatique : étude prospective à propos de 30 cas. Thèse Med FES 2013N070

20) Chevallay M, Jung M, Niclauss N, Morel P et Monig S. Diagnostic et prise en charge du cancer de la jonction œsogastrique *Rev Med Suisse* 2017 ;13 :1236-9

21) Amadou Soumaila. Evaluation de la chirurgie palliative des cancers de l'œsophage non résécables à l'institut Joliot Curie de Dakar. Mémoire 2017 N°208

22) Faron M. Méta analyse des traitements néoadjuvants des cancers de l'œsophage et de la jonction œsogastrique. Thèse de médecine Université Paris Saclay 2021No570

23)Glaoui M et al. Le traitement chirurgical des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique: expérience marocaine à travers une série de 149 cas. *Pan African Médical Journal* 2011 ;8 :35

24)Steevens J, Schouten L J Goldbohm RA, VAN Den Brandt PA. Alcohol consumption, cigarette smoking and risk of subtypes of esophageal and gastric cancer: a prospective cohort study. *Gut* 2010 ; 59 : 39-48

- 25)Kneller RW, You wc, Chang YS, Liu WD, Zhang L, Zhao et al. Cigarette smoking and other risk factors for progression of precancerous stomach
- 26) Mimiesse JF et al. Esophagus cancer: Epidemiological, clinical, para clinic and Evolving aspects at Brazzaville CHU. Gastroint Hépatol Dig Dis. 2022
- 27)GUIMBAUD R. Traitement des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique. Cancérologie Toulouse 2021 www.fmcgastro.org
- 28)Pucher PH et al. Diagnostic et traitement du cancer gastroœsophagien en Angleterre et au pays de Galles : Analyse de la base de données nationale. F J Surg 2023 ;110(6) :701-709
- 29) Qin H et Coll. Epaissement de la musculuse et de la sous-muqueuse dans le cardia gastrique : Etude histopathologique de 110cas de résections chirurgicales. Journal des maladies digestives.2020/volume21 Numéro4/P.205-214
- 30)Paszt A et al. Résultats à court terme du traitement néoadjuvant FLOT dans la prise en charge chirurgicale des adénocarcinomes avancés de la jonction gastro-œsophagienne. Magy Seb.2022.75(2) :142-150
- 31)Chen Y et all. Approches chirurgicales transthoraciques, thoracoabdominales et Trans abdominales pour les adénocarcinomes du cardia gastrique : une évolution de survie basée sur une cohorte de 7103 patients. Monde J Surg oncol.2022 ;20(1) :217
- 32) Y Chou M, BOIGE V, PIGNON JP, CONROY T, BOUCHAR O, LEBRETON G, et al. Perioperative chemotherapy compared with surgery alone for resecable gastro-esophageal adenocarcinoma: an FNCLCC and FFCD multicenter phase III trial. J Chir oncol 2011 ; 29 : 1715-21

- 33) Brice J. Comparaison chimiothérapie periopératoire et de la chimio radiothérapie adjuvante pour le cancer de la jonction œsogastrique résécable J of Gastrointestinal oncology. 2018 vol 9, N01
- 34) Crehang G, Bonnetain F, Chauffert B, Rat P, Bedenne L, Maingon P. Prise en charge des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique résécables : quel traitement periopératoire ? 2008 ;12 (5) :365-373
- 35) C Mariette, Castel B, Toursel H, Fabre S, Ballon JM, Triboulet JP. Surgical management of and long-term survival after adenocarcinoma of the cardia. Br J Surg 2002; 89:1156-63
- 36) C Mariette. Prise en charge du cancer de la jonction oeso-gastrique non métastatique au service de chirurgie digestive et générale, Hôpital CHuriez, CHRU, 59037 Lille Cedex 2010 ; 139-150
- 37) Renehan AG, SOER JOMOTARAM I, TYSON M, EGGER M, COEBERGH J W et al. Incident cancer burden attributable to excess body mass index in 30 European countries. Int J cancer 2010; 126: 692-702
- 38) Stavrou EP, Ward, Pearson SA. Oesophagectomy rates and post resection outcomes in patients with cancer of esophagus and gastro-oesophageal junction: a population-based study using linked administrative linked data. Boi C health services research, 2012;12:384
- 39) Mary, ZAANAN A, ARTRU P, MATIAS M, BORCHET JB, CORIAT R et Al. Folflox en périopératoire pour les adénocarcinomes oeso-gastriques résécables : étude AGEO multicentrique rétrospective. JFHOD 2014
- 40) Crehang G. Radiothérapie des cancers de l'œsophage, du cardia et de l'estomac 2022 ; 26(1-2) :250-258



**ICONOGRAPHIE**

**Lésion ulcéreuse à l'endoscopie**



**Pièce de gastrectomie totale**



**Gastrostomie d'alimentation pour cancer du cardia**

## Annexes

### RESUME

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Mahamadou

**TEL :**79308152/67377667 **Email :** mahmadoucoulou82@gmail.com

**Titre du mémoire :** cancers du cardia : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

**Année Universitaire :** 2023-2024

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de soutenance :** FMOS de Bamako **Lieu de dépôt :** Bibliothèque FMOS

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie générale CHU Gabriel Touré.

**Titre :** Cancers du cardia : Aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique

**Introduction :** Les cancers du cardia sont des tumeurs malignes dont le centre est situé à 5 cm au-dessus et 5 cm en-dessous de la jonction œsogastrique (ligne Z).

**Objectifs :** Etudier des cancers du cardia dans le service de chirurgie générale

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique avec collecte des données rétrospective et prospective sur une période de 22 ans allant de juin 2002 à juin 2024.

L'étude a concerné tous les patients reçus dans le service pour cancer du cardia, opérés ou non chez qui le diagnostic de cancer du cardia a été confirmé par l'histologie.

**Résultat :** nous avons colligé 79 cas de cancer du cardia confirmé par l'histologie. Cela a représenté 1,9 % de tous les cancers et 6,2% des cancers œsogastriques. Vingt (20) patients soit 25,3% ont bénéficié d'une chirurgie curative et 35 patients soit 44,3% ont bénéficié d'une chirurgie palliative (gastrostomie d'alimentation). La moyenne d'âge était de 56,11 ans et des extrêmes de 30 et 80 ans. Le sex- ratio était de 1,72 en faveur des hommes. Le délai moyen de consultation était de 10,14 mois. La dysphagie était le signe fonctionnel le plus retrouvé 81%. Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute avec biopsie. Le type II de Siewert était de 56,9 %, le type I (22,8%) et le type III (20,3%) L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent avec 87.4%. Le stade 4 était le plus représenté avec 56 %. La chimiothérapie néoadjuvante a été réalisée chez 15% des patients et 55% ont réalisé la chimiothérapie adjuvante. Le FLOT était le protocole le plus utilisé en périopératoire contre le FOLFOX en palliative. La gastrectomie totale a été réalisée chez 45 % des patients suivie de l'œsophagectomie transhitale 35% et l'oesogastrectomie polaire supérieure 20%. La survie globale était de 11,636 mois. Elle était de 14 mois après chirurgie curative contre 10,833 mois pour la chirurgie palliative.

**Conclusion :** L'incidence du cancer du cardia est en augmentation, le diagnostic est le plus souvent tardif, la chirurgie palliative notamment la gastrostomie d'alimentation occupe une place importante, le pronostic est mauvais.

**MOTS CLES :** cancer, cardia, chirurgie, Bamako, Mali.

**Fiche d'enquête**

I. Données administratives

Q1 : No Fiche ...../ /

Q2 : Nom et prénom.....

Q3 : Age...../ /

Q4 : Sexe ...../ /

1 : M 2 : F

Q5 : Provenance ...../ /

1 : Kayes 2 : Koulikoro 3 : Sikasso 4 : Ségou 5 : Mopti 6 : Tombouctou 7 : Gao 8 : Kidal 9 : Bamako 10 : Autres 99 : Indéterminée

Si autre à préciser.....

Q6 : Ethnie...../ /

1 : Bambara 2 : Malinké 3 : Minianka 4 : Senoufo 5 : Peulh 6 : Dogon 7 : Sonhaï 8 : Bozo 9 : Bobo 10 : Kassonké 11 : tamasheq 12 : Autre à préciser

Q7 : Nationalité ...../ /

1 : Malienne 2 : autres

Si autre à préciser.....

Q8 : Niveau d'étude ...../ /

1 : supérieur 2 : secondaire 3 : Primaire 4 : Non scolarisé 5 : Autres 99 : Indéterminé

Si autre à préciser

Q9 : Principale activité...../ /

1 : Fonctionnaire 2 : cultivateur 3 : Ménagère 4 : Manœuvre 5 : Jardinier

6 : Commerçant 7 : Etudiant 8 : autres 99 : Indéterminée

Si autre à préciser .....

Q10 : Catégorie d'hospitalisation ...../ /

1 : 1ere catégorie 2 : 2<sup>e</sup> catégorie 3 : 3<sup>e</sup> catégorie 4 : autres

Si autres à préciser ;.....

Q11 : Mode de recrutement ...../ /

1 : consultation ordinaire 2 : urgence

Q12 : Mode de consultation...../ /

## Cancers du cardia dans le service de chirurgie générale CHU GT

1 : Venu de lui-même 2 : Référé 3 : Autres à préciser 99 : Indéterminé

Si autres à préciser .....

Q13 : Date d'entrée...../ / / /

Q14 : Date de sortie...../ / / /

Q15 : Durée d'hospitalisation pré op en jours...../ /

Q16 : Durée d'hospitalisation post op...../ /

Q17 : Durée totale d'hospitalisation...../ /

### II –LES ANTECEDENTS

Q18 : Médicaux :...../ /

1 : Reflux gastroœsophagien 2 : Œsophagite peptique 3 : Megaoesophage 4 : Brulure caustique 5 : Sténose caustique 6 : UGD 7 : HTA 8 : Diabète 9 : Asthme 10 : Drépanocytose 11 : Cancer ORL

12 : Autres à préciser.....

Q19 : Chirurgicaux : tube digestif...../ /

1 : Oui 2 : Non 3 : Autres à préciser.....

Q20 : Familiaux de cancers ...../ /

1 : Œsophage 2 : Estomac 3 : Colon 4 : Sphère ORL 4 : Autres à préciser

Q21 : Facteurs de risque...../ /

1 : Alcool 2 : Tabac (paquet/ année) 3 : Produits caustiques 4 : Aliments chauds 5 : To à la potasse 6 : Obésité 6 : EBO(barrett) 7 :Autres à préciser 8 : RGO

### III-CLINIQUE A/ Signes fonctionnels

Q22 : Dysphagie...../ /

1 : Présente 2 : Absente

Q23 : Type de Dysphagie selon ATKINSON ...../ /

1 : ATKINSON 1(accrochage solides) 2 : ATKINSON 2( semi-liquide passe) 3 :ATKINSON 3(liquide passe) 4 :ATKINSON 4 (aphagie)

Q24 : Durée d'évolution de la dysphagie ...../ /

Q25 : signes associés...../ /

1 : Douleur épigastrique 2 : Douleur rétrosternale 3 : vomissement 4 : Hoquet 5 : Eructation 6 : Hyper sialorrhée 7 : Pyrosis 8 : amaigrissement 9 : anorexie 10 : asthénie 11 : Autres à préciser 99 : Indéterminés

Q26 : Délai de consultation ...../ /

B/ EXAMEN PHYSIQUE

Q27 : Indice de performance OMS...../ /

1 : OMS 1      2 : OMS 2      3 : OMS 3      4 : OMS 4

Q28 : IMC ...../ /

1 : <16,5    2 : 16,5 à 18,5    3 : 18,5 à 25    4 : 25 à 30    5 : >30    99 : Indéterminé

Q29 : pourcentage de perte de poids (%) ...../ /

1 : <5%    2 : 5 à 10%    3 : 10 à 15%    4 : >15    99 : Indéterminé

Q30 : Etat nutritionnel...../ /

1 : grade 1    2 : grade 2    3 : grade 3    4 : grade 4    99 : indéterminé

Q31 : Palpation : ...../ /

1 : Masse abdominale    2 : Pas de masse abdominale

3 : Organomégalie    4 : nodule de sœur Marie Joseph

Q32 : Aires ganglionnaires ...../ /

1 : Libres    2 : Troisier    3 : inguinale    4 : Axillaire    5 : Autres à préciser

Q33 : Ascite...../ /

1 : Oui      2 : Non      99 : Indéterminé

IV/ EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q34 : FOGD Nature de la lésion ...../ /

1 : Infiltrante    2 : bourgeonnante    3 : ulcéreuse    4 : Polypoïde    5 : stenosante  
6 : Hémorragique    7 : ulcérobourgeonnante    8 : ulcérobourgeonnante et stenosante

Q35 : Siege de la lésion...../ /

1 : Siewert 1    2 : Siewert 2    3 : Siewert 3

36 : Biopsies...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q37 : Anapath...../ /

1 : Adénocarcinome    2 : Carcinome épidermoïde

Q38 : Degré de différenciation ...../ /

1 : bien différencié    2 : moyennement différencié    3 : indifférencié

Cancers du cardia dans le service de chirurgie générale CHU GT

Q39 : TOGD..... / /

1 : Siege de la lésion      2 : Etendu de la lésion      3 : Taille de l'estomac

Q40 : Siege de la lésion ..... / /

1: Siewert 1                  2: Siewert 2      3: Siewert 3

Bilan extension

Q41: TDM TAP..... / /

1 : Absence de métastases      2 : Présence de métastases

Q42 : Localisation des métastases..... / /

1 : Hépatiques      2 : Pulmonaires      3 : Adénopathies profondes      4 : Hépatique et pulmonaire  
5 : Autres à préciser

43 : Echographie abdominale..... / /

1 : Pas de métastases      2 : métastases hépatiques      3 : adénopathies profondes  
4 : ascite

Q44 : Radiographie pulmonaire..... / /

1 : Pas de métastases      2 : présence de métastases

Q45 : Echoendoscopique..... / /

1 : Oui      2 : Non

46 : Classification TNM et Stadification

T :                  N :                  M :                  Stade :

Bilans d'opérabilité

47 : Taux d'hémoglobine..... / /

48 : GROUPE/RHESUS ..... / /

1 : 0+      2 : 0-      3 : A+      4 : A-      5 : B+      6 : B-      7 : AB+      8 : AB-

Q49 : Glycémie..... / /

1 : normale      2 : basse      3 : élevée

Q50 : Créatininémie ..... / /

1 : normale      2 : basse      3 : élevée

Q51 : TP..... / /

1 : <70%      2 : 70 à 100%

Q52 : protidémie/albuminémie ..... / /

## Cancers du cardia dans le service de chirurgie générale CHU GT

1 : basse      2 : normale      3 : élevée      4 : non faite

Q53 : ionogramme sanguin...../ /

1 : normal    2 : Anormal    3 : non fait

Q54 : Marqueurs tumoraux : ACE /Ag SCC ...../ /

1 : Fait      2 : non fait

### V/ TRAITEMENT

Q55 : RCP...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q56 : Traitement ..... / /

1 : Curatif      2 : Palliatif

Q57 Curatif : ...../ /

1 : chirurgie    2 : Chirurgie + Chimio adjuvante    3 : Chirurgie + RCC    4 : Chimio néoadjuvante + Chirurgie    5 : Endoscopie    6 : Chimio néo-adjuvante+Chirurgie+Chimio adjuvante

Q58 : Chirurgie curative...../ /

1 : Œsophagectomie par voie trans-hiatale    2 : OGPS (oeso-gastrectomie polaire supérieure)    3 : Gastrectomie totale    4 : LEWIS SANTY

5 : AKIYAMAN    6 : Autres à préciser

Q59 : Chimiothérapie ...../ /

1 : préopératoire    2 : Péri opératoire    3 : post opératoire    99 : Indéterminée

Q60 : Nombre de cures ...../ /

Q61 : Protocole de chimiothérapie...../ /

1 : ECF (Epirubicine, Cisplatine et Fluorouracil)    2 : folfiri (leucovorine, fluorouracil et irinotécan)    3 :Folfox ( leucovorine, fluorouracil et oxaliplatine)    4 :Flot (fluorouracil, leucovorine, oxaliplatine et docétaxel)    5 : autres    99 : indéterminé

Q60 : TYPE DE CHIMIOOTHERAPIE ...../ /

1 : curative      2 : Palliative      99 : Indéterminée

Q62 : Alimentation parentérale pré op...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q63 : Transfusion...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q64 : Rééquilibration hydro électrolytique...../ /

1 : Oui                      2 : Non

Q65 : Palliatif : ...../ /

1 : Chirurgie    2 : chimiothérapie    3 : chirurgie+ Chimiothérapie    4 : RCC    5 : endoprothèse

Q66 : Chirurgie palliative :...../ /

1 : Gastrostomie d'alimentation    2 : Autres à préciser

Q67 : Type de Gastrostomie...../ /

1 : FONTAN    2 : WITZEL

Q68 : Durée d'intervention...../ /

1 : <1h    2 : 1à 2    3 : 2à3h    4 : >3h

Q69 : Complications per opératoires : ...../ /

1 : Hémorragie              2 : Lésion des organes de voisinage              3 : Autres à préciser

Q70 : Suites opératoires précoces (≤7jours) ...../ /

1 : Simples    2 : hémorragie    3 : Suppuration pariétale    4 : Péritonite post opératoire  
5 : Eviscération    6 : Décès    7 : hémopneumothorax    8 : autres à préciser

Q71 : Suites opératoires à 1 mois...../ /

1 : Simples    2 : Sténose anastomotique              3 : Chute de la sonde de gastrostomie              4 : Anémie  
5 : Occlusion par bride    6 : Décès

Q72 : suites opératoires à 3 mois ...../ /

1 : Simples    2 : Sténose anastomotique              3 : Chute de la sonde de gastrostomie              4 : Eventration  
5 : Anémie    6 : Occlusion par bride              7 : Décès

Q73 : TOGD réalisé à 3mois...../ /

1 : OUI    2 : Non    3 : Pas de sténose    4 : Sténose

Q74 : suites opératoires à 6mois...../ /

1 : Simples    2 : Sténose anastomotique              3 : Chute de la sonde de gastrostomie  
4 : Eventration              5 : Anémie              6 : Occlusion par bride              7 : Récidive              8 : Décès  
9 : Perdu de vu

Q75 : FOGD /TOGD faite à 6mois...../ /

1 : Oui    2 : Non

Q76 : Résultat de la FOGD/ TOGD...../ /



Cancers du cardia dans le service de chirurgie générale CHU GT

1 : Pas de récurrence      2 : Récurrence      3 : Pas de sténose      4 : Sténose

Q77 : TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax fait à 6mois ...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q78 : Résultats TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax...../ /

1 : Pas de métastases      2 : Métastases      3 : Stabilité des lésions      4 : Régression des lésions      5 : progression des lésions

Q79 : suites opératoires à 1an...../ /

1 : Simples      2 : Sténose anastomotique      3 : Chute de la sonde de gastrostomie  
4 : Eventration      5 : Anémie      6 : Récurrence      7 : Décès      8 : Perdu de vu

Q80 : FOGD/TODG fait ...à un an...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q81 : Résultat de la FOGD/TOGD...../ /

1 : Pas de récurrence      2 : Récurrence

Q82 : TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax fait à un an...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q83 : Résultats TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax...../ /

1 : Pas de métastases      2 : Métastases      3 : Stabilité des lésions      4 : Régression des lésions      5 : progression des lésions

Q84 : suites opératoires à 2ans...../ /

1 : Simples      2 : Sténose anastomotique      3 : Eventration      4 : Anémie      5 : Récurrence      6 : Décès      7 : Perdu de vu

Q85 : FOGD/TODG fait ...à 2 ans...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q86 : Résultat de la FOGD/TOGD...../ /

1 : Pas de récurrence      2 : Récurrence

Q87 : TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax fait à 2 ans...../ /

1 : Oui      2 : Non

Q88 : Résultats TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax...../ /

1 : Pas de métastases      2 : Métastases      3 : Stabilité des lésions      4 : Régression des lésions      5 : progression des lésions

Q89 : suites opératoires à 3ans...../ /

## Cancers du cardia dans le service de chirurgie générale CHU GT

1 : Simples    2 : Sténose anastomotique    3 : Eventration    4 : Anémie    5 : Récidive  
6 : Décès    7 : Perdu de vu

Q90 : FOGD/TODG fait ...à 3 ans...../ /

1 : Oui    2 : Non

Q91 : Résultat de la FOGD/TOGD...../ /

1 : Pas de récurrence    2 : Récurrence

Q92 : TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax fait à 3 ans...../ /

1 : Oui    2 : Non

Q93 : Résultats TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax...../ /

1 : Pas de métastases    2 : Métastases    3 : Stabilité des lésions    4 : Régression des lésions    5 : progression des lésions

Q94 : suites opératoires à 5ans...../ /

1 : Simples    2 : Sténose anastomotique    3 : Eventration    4 : Anémie    5 : Récidive  
6 : Décès    7 : Perdu de vu

Q95 : FOGD/TODG fait ...à 5 ans...../ /

1 : Oui    2 : Non

Q96 : Résultat de la FOGD/TOGD...../ /

1 : Pas de récurrence    2 : Récurrence

Q97 : TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax fait à 5 ans...../ /

1 : Oui    2 : Non

Q98 : Résultats TDM-TAP ou Echographie/ Rx Thorax...../ /

1 : Pas de métastases    2 : Métastases    3 : Stabilité des lésions    4 : Régression des lésions    5 : progression des lésions

Q99 : Mode de suivi des patients...../ /

1 : rendez-vous    2 : Venu de lui-même    3 : Visite à domicile

4 : Appel téléphonique    5 : Autres à préciser

Q100 : survie...../ /