

ARTICLE ORIGINAL

LES CANCERS DE L'ESTOMAC CHEZ LES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS

GASTRIC CANCER IN PATIENTS AGED MORE THAN 75 YEARS

M.M. DIENG; A. DEM; A.A. KASSE; B.SAINT AUBERT; C. LEMANSKI; P.TOURE

Auteur correspondant : Mouhamadou Moustapha DIENG

Service de Cancérologie

Hopital Aristide Le DANTEC Email :

Résumé

Objectif Le vieillissement de la population va entraîner une augmentation des traitements chez les personnes âgées. Notre but a été de montrer les aspects épidémiologiques, cliniques et les résultats des traitements chirurgicaux des cancers de l'estomac dans un service spécialisé. **Méthode** : 42 malades âgés de plus de 75 ans et porteurs de néoplasie gastrique ont été opérés. **Résultats** : Il s'agissait de 26 hommes et de 16 femmes avec une moyenne d'âge de 80,4 ans. Les antécédents de pathologie gastroduodénale étaient notés dans 10 cas (23,8%). Les autres tares étaient surtout cardio-vasculaires (65,21 %) et prostatiques (26,08%). Le taux de résectabilité était de 81%. La mortalité postopératoire était de 4,76% et la morbidité de 52,5 % avec 10 % de complications spécifiquement chirurgicales et un taux de 42,5 % de complications cardio-vasculaires ou de décubitus. Le taux de survie est de 34,6% à 2 ans. **Conclusion** Cette étude montre que la prise en charge chirurgicale lourde des cancers de l'estomac chez les sujets de plus de 75 ans est possible.

Mots clés: cancers de l'estomac, personnes âgées, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie

Summary

Objective: The ageing of population is going with an increase of treatments in the elderly. Our propose was to show the epidemiological, clinical aspects and the results of surgical treatment of gastric cancer in a specialized department **Method** 42 patients of more than 75 years old with gastric neoplasia were operated. **Results:** It was about 26 men and 16 women with a mean age of 80,4 years. There was a history of gastro duodenal disease in 10 cases (23,8%), cardiovascular disease in 65,21 % prostate in 26,08%. Resectability rate is 81%, Post operative mortality was 4,76%, post operative morbidity was 52,5 % including surgical complications 10% and cardiovascular and decubitus complications 42,5%. The survival rate is 34,6 % a 2 years. **Conclusion:** This study shows the heavy surgical management of gastric carcinoma in people aged more than 75 years is possible

Keys words: gastric carcinoma elderly, surgery, chemotherapy, radiotherapy

INTRODUCTION

Le cancer de l'estomac est encore aujourd'hui l'un des cancers gastro-intestinaux les plus fréquents dans le monde avec des différences considérables de prévalence selon les pays. Ce cancer est beaucoup plus fréquent au Japon, en Europe centrale, en Scandinavie, en Chine, et dans les pays d'Amérique centrale et du Sud [1]. Sa découverte est en général très tardive. Dans 30% des cas, le diagnostic est posé chez des personnes âgées de 50 à 70 ans, dans 60% des cas chez des personnes plus âgées. [2]

PATIENTS ET METHODES

Entre janvier 1990 et décembre 1998, 46 malades âgés de plus de 75 ans et porteurs de néoplasie gastrique ont été opérés au Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) de Montpellier (France). Toutes les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients. Nous n'avons pas retenu 4 malades pour cette étude. Le premier présentait un adénocarcinome sur une biopsie de polype gastrique, la gastrotomie ne retrouvait qu'une polypose gastrique ; pour le second il s'agissait d'une gastrectomie pour métastase gastrique d'un carcinome du poumon ; les deux derniers étaient porteurs de lymphome gastrique évolués et n'ont bénéficié que d'une jéjunostomie d'alimentation sous anesthésie locale. Une analyse multivariée entre les différentes comorbidités et les complications a été réalisée en utilisant le modèle statistique de Cox. Le test de χ^2 et a été appliqué pour la recherche de la significativité. Nous avons retenu une différence significative pour un $p < 0,05\%$. Toutes ces analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA 6.0.

RESULTATS

Antécédents

Il s'agissait de 26 hommes et de 16 femmes soit un sex-ratio de 1,6. La moyenne d'âge était de 80,4 ans. Elle était plus importante pour les femmes (81,87) que pour les hommes (79,42). Les antécédents de pathologie gastroduodénale étaient notés dans 10 cas (23,8%). Il s'agissait de gastrectomie pour ulcère gastro-duodénal dans 4 cas ; gastrite dans 1 cas ; d'ulcère gastrique connu dans 3 cas et de récurrence de néoplasie gastrique dans 2 cas. Les cancers sur moignon gastrique après ulcère ou récurrence repré-

sentait 9,25% (4 cas). La pathologie la plus fréquemment rencontrée était la pathologie cardio-vasculaire dans 40 % des cas. Peu de patients avaient un autre cancer. On a dénombré 3 cas de cancers de la prostate non évolutifs, un cas de cancer du sein contrôlé depuis 23 ans et un cas de leucémie lymphoïde chronique en rémission complète et stable.

Données cliniques

Les signes cliniques les plus souvent rencontrés étaient la douleur 35 cas (83,3%) ; l'amaigrissement 30 cas (71,4%). La corrélation entre la perte pondérale et le degré de pénétration tumorale dans la paroi a montré que lorsque la séreuse était envahie ou dépassée (T3,T4) dans 20 cas, l'amaigrissement n'était pas plus important que pour les tumeurs localisées à la muqueuse ou à la sous muqueuse (T1,T2). Ainsi il était de 4,6 kg pour les T1 et T2 et de 4,7 Kg pour les T3 et T4. La classification par stade des patients stade 0 3/42, stade I 8/42, stade II 10/42, stade III 11/42, stade IV 10/42

Données paracliniques

Trente neuf patients, 92,9% des cas ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute pour affirmer le diagnostic. L'utilisation du transit baryté a été dans 15 cas soit 64,3%. Une anémie a été confirmée chez 28 de nos patients soit 66,7%. Nous n'avons pas noté d'insuffisance rénale dans notre série, mais une insuffisance respiratoire a été retrouvée dans 11 cas soit 26,2%. Le scanner a été réalisé chez 25 patients et était normal dans 21 des cas. Trois (3) patients ont bénéficié d'une écho-endoscopie et dans 1 des cas on suspectait une atteinte de la tête du pancréas. Trente quatre (34) patients ont bénéficié d'une échographie abdominale. Elle était normale dans 21 cas et montrait dans les 11 cas restants des adénopathies le plus souvent coeliaques.

Données thérapeutiques

Trente quatre (34) patients ont eu une résection donnant un taux de résécabilité de 81%. Les résections curatrices sont : gastrectomies totales : 4 cas ; gastrectomies des 4/5^{ème} : 4 cas ; gastrectomie des 2/3 : 3 cas. Les interventions à but palliatif 31 cas sont : 8 cas de laparotomie exploratrice avec 6 jéjunostomie et 2 gastro-entéro-anastomose ; 2 cas de chirurgie carcinologiquement incomplète soit 54,8 % . La radiothérapie a été réalisée chez 3 patients. Il s'agissait d'une tumeur cardia étendue au bas œsophage et sténosante. L'un des patients a eu une dose per-opératoire de 15 Gy suivie d'une radiothérapie

externe de 40 Gy. Les 2 autres ont reçu 2 séries de 20 Gy espacées de 2 semaines. Trois (3) patients ont bénéficié d'une chimiothérapie. Il s'agissait dans 18 cas de localisation antrale, 2 cas de localisation fundique, 9 cardia, 3 sur moignon, gastrique, et dans 3 cas les lésions étaient diffuses. La mortalité post opératoire était de 2 cas (4,8%). Les complications post opératoires sont résumées dans le tableau I. La durée moyenne de la reprise alimentaire était de 10,6 jours en cas de dérivation gastrique avec des extrêmes de 6 à 27 jours

Tableau I : Complications post opératoires

Complications	Nombre
Détresse respiratoire aigue	4
Encombrement broncho-pulmonaire	5
Pancréatite	2
Agitations	3
Escarres	1
Désorientation temporo-spatiale	3
Iléus post opératoire	1
Fistule anastomotique	1
Insuffisance rénale fonctionnelle	1

Données évolutives

Le nombre de patients suivis à distance était de 13 soit 31%. La survie globale tous stades confondus était de 34,6% à 2 ans. Lorsque la résection était jugée curative la survie a été de 45% contre 12,74% quand elle était non curative ($p=0,021$) ; la survie à 2 ans en fonction des critères anatomopathologiques était de 63,6% pour les adénocarcinomes bien différenciés ; 23,8% pour les moyennement différenciés ; et nulle pour les indifférenciés. La limite gastrique présentait une survie nulle à 2 ans ($p=0,00005$). La survie à 5 ans selon la topographie montrait que les cancers de l'antre avaient une survie de 35% ; 50% pour le corps et le fundus et 25,94% pour le cardia. Les cancers sur moignon avaient une survie nulle à 2 ans.

En l'absence d'adénopathies métastatiques, la survie à 2 ans était de 52,94% et de 19,57% en cas d'envahissement néoplasique ($p=0,004$). En cas de recoupes saines la survie à 2 ans était de 43,08% et de 33,3% en cas de recoupes envahies et nulle en cas d'abstention chirurgicale. Les patients qui ont eu un curage D1 avaient une survie à 2 ans à 43,08% et de 44,44% pour les D2 et nulle en l'absence de curage.

La survie en fonction de l'envahissement de la séreuse retrouvait à 2 ans 63,66% en l'absence contre 22,74% ($p=0,018$).

DISCUSSION

Les cancers gastriques sont généralement découverts à un stade très avancés et la population de cancers superficiels n'aurait pas augmenté malgré la multiplication des actes endoscopiques et les protocoles de surveillance des maladies prédisposantes [1, 2]. La proportion de cancers superficiels varie de 3 à 8% pour les registres de population et de 19% pour les séries hospitalières. Dans notre série les cancers superficiels (T1,T2) sont de 26,2%. Maehara retrouve dans sa série 50% de cancers superficiels [3] et Bittner et al signalent dans leur série 66,6% de stade III et IV [4].

L'augmentation des taux des cancers superficiels dans les séries japonaises peut s'expliquer par une prise en charge plus précoce des malades soumis à une endoscopie devant tout signe digestif [5]. Dans notre série il a été noté que les patients ayant des antécédents de pathologie gastroduodénale (ulcère ou cancer gastrique opéré), le diagnostic le diagnostic était porté dans 50% des cas à un stade T1 ou T2. Cela souligne l'importance de la surveillance endoscopique chez ces patients à haut risque. Meyer fait les mêmes constatations en étudiant le traitement chirurgical des adénocarcinomes gastriques sur une période de 15 ans. Il a noté que pour les périodes 1969-1978, 1979-1988 et 1989-1994 les délais de consultation n'auraient pas varié [6].

La place de la laparoscopie dans le bilan d'extension est à souligner car elle permet de préciser les rapports de la tumeur avec les organes de voisinage et l'existence éventuelle d'une carcinose parfois non apparente au scanner qui fera dès lors discuter, en l'absence d'une sténose symptomatique, la validité d'une exérèse gastrique [7].

L'exérèse chirurgicale cependant, demeure la seule alternative curatrice dans le cancer de l'estomac même chez les personnes âgées. Dans notre série, seuls 8 malades n'ont pas pu bénéficier d'une exérèse de leur tumeur. Nous n'avons noté aucun décès post opératoire chez ces patients. Le taux de survie à 1 an est de 12% et s'est annulé à 15 mois. L'âge n'interviendrait plus comme facteur déterminant [4]. La résection gastrique avec curage étendu n'entraîne pas plus de morbidité ou de mortalité chez

les personnes âgées. L'amélioration symptomatique ou la survie après intervention, a conduit certaines équipes à proposer une résection extensive chez les personnes âgées quand les conditions l'autorisent [4, 5]. Les taux de survie dans notre série sont semblables à ceux de Brown [8], mais inférieurs à ceux des séries japonaises qui font état de 66 % de survie à 5 ans en cas de chirurgie curative [3, 9].

Certaines études font état d'une mortalité élevée en cas de résection gastrique chez les personnes âgées [1, 6]. Nous avons 4,8% de décès post opératoire ce qui rejoint les chiffres des autres séries avec des taux de 6 à 10% [3, 9]. Si Brown et Maehara préconisent une chirurgie élargie au vu de ces résultats, Tsjitsani [9] conseille par contre une exérèse limitée. En effet il a étudié 4 groupes d'âge 50-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans et > 80 ans.

Dans ce dernier groupe, en plus des risques opératoires qui étaient plus grands, la résection étendue n'était pas systématique et un curage D2 rarement pratiqué. Il n'a trouvé aucune différence significative dans les complications post opératoires entre les différents groupes. Bando partage le même avis car il trouve dans sa série que près de 90% des patients ont un risque opératoire [10]. En comparaison les taux de mortalité, tout âge confondu, après résection gastrique pour néoplasie est de 7% [3, 6].

Les antécédents les plus fréquemment rencontrés sont les maladies cardiovasculaires. Aucune corrélation n'a pu être établie entre ces pathologies et les complications post observées. La morbidité post opératoire était dominée par les décompensations respiratoires post opératoires dans 9 cas avec hospitalisation en réanimation dans 4 cas. Les complications lointaines sont dominées par les difficultés d'alimentation : dénutrition liée à une sténose anastomotique non tumorale. Le traitement se limite à une alimentation parentérale à domicile et la prescription de corticoïdes.

L'intérêt du diagnostic précoce des récidives ou des métastases dépend des possibilités thérapeutiques qui sont limitées. Cependant la chimiothérapie

a fait des progrès et peut améliorer la survie surtout chez les patients en bon état général [11, 12]. Les associations de radiothérapie et de chimiothérapie peuvent contrôler les récidives très localisées [7]. L'intérêt de l'exérèse de ces récidives n'apparaît pas dans notre étude ni dans la littérature. Si la chirurgie a pu apporter sa contribution à l'amélioration du pronostic du cancer gastrique, les progrès à venir passeront par la chimiothérapie seule ou associée à la radiothérapie. Cependant chez les personnes âgées les prescriptions de chimiothérapies sont exceptionnelles. Gill et al [13] ont traité 29 patients avec un adénocarcinome du cardia par radiothérapie à des doses de 54 à 60 Gy associée à une chimiothérapie par 5 Fluoro-uracile et de Cisplatine. 19 patients ont présenté une réponse endoscopique complète, 15 de ces patients ont été opérés et la pièce d'exérèse montrait une absence de tumeur dans 6 cas. Il reste en suspens l'intérêt de la radiothérapie per opératoire. Sa valeur effective est difficile à évaluer. Par ailleurs peu de centres en disposent et les séries publiées sont limitées. Coquard et al ont utilisé la radiothérapie per opératoire comme une alternative au curage étendu. Les résultats semblent encourageants et se présentent comme une alternative à un geste trop agressif chez les personnes âgées [14].

CONCLUSION

Chez les personnes âgées, avec une sélection rigoureuse et une technique chirurgicale précise, les résections gastriques peuvent être réalisées avec une morbidité acceptable. La baisse de la mortalité post opératoire, liée à l'amélioration des techniques anesthésiques, du support nutritionnel et de la prise en charge respiratoire semble autoriser la poursuite de ces activités chirurgicales avec évaluation régulière des résultats. La recherche de traitements adjuvants efficaces de la chirurgie représente une voie de recherche importante.

REFERENCES

- 1 **ARSENE D. CHOMONTOWSKI J., POTTIER D. et al** Epidémiologie et pronostic des carcinomes gastriques dans le département du Calvados *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1995 ;19 :797-803
- 2 **FAIVRE J. BENHAMICHE A.M.** Le cancer de l'estomac : du nouveau ? *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1995 ;19 :438-445
- 3 **MAEYARAY.,OSHIRO T.,OIWA H. et al** Gastric carcinoma in patients over 70 of age. *Br. J. Surg.* 1995; 82:102-105
- 4 **BITTNER., SCHIRROWH.,BUTTERS M. et al** Total gastrectomy. A(years experience with particular reference to the patients over years of age *Arch. Surg.* 1989;124:662-4
- 5 **KODAYAMAY., FUGIMACHIK.,SOEJIMAK. Et al** Evaluation of extensive lymph node dissection for carcinoma of the stomach.*Word. J. Surg.* 1981;5:241-8
- 6 **MEYER CH.,PERRAUD Y., ROHRS. et al** Le traitement chirurgical de l'adénocarcinome de l'estomac : Evolution de 1969 à 1994. *J. Chir.* 1995 ;132(11) :423-429
- 7 **SHIU M.H., NICE L.Z.,PINNA A. et al** Recent results of multimodality therapy of gastric carcinoma *Cancer* 1986;58:1389-1399
- 8 **BROWN M.R.,BHATTACHARYYAM.,Mc PHEETERS G.O. et al** Surgical resection of gastric cancer in the octogenarian population *J. Gastrointest. Surg.* 1999;3(5):561-564
- 9 **TSUJITANI S., KATANO K., OKA A. et al** Limited operation for gastric cancer in the elderly *Br. J. Surg.* 1996;83:836-839
- 10 **BANDO T.,ISOYAMAT.,TOYOSHIMAH.** Total gastrectomy for gastric cancer in the elderly *Surgery* 1991;109:136-42
- 11 **BEDENNE L.** Traitement adjuvant des cancers de l'estomac *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1994 ;18 :733-736
- 12 **SHIU M.H., KARAS M., NISCE L. et al** Management of primary gastric lymphoma. *Ann. Surg.* 1982;195:196-202
- 13 **GILL P.G.,JAMIESON G.G., DENHAMJ.et al** Traetment of adenocarcinoma of the cardia with synchronous chemotherapy and radiotherapy *Br. J. Surg.* 1990;77:1020-1023
- 14 **COQUARDR.,AYZACL.,GILLY F.N.** Intra operative radion therapy combined with limited lymph node dissectionin gastric cancer: an alternative to extended dissection? *Int. J. Radiat. Oncol.* 1997;39(5):1893-1099