

La chirurgie des cancers gastriques

La chirurgie constitue un **traitement curatif** des cancers gastriques.

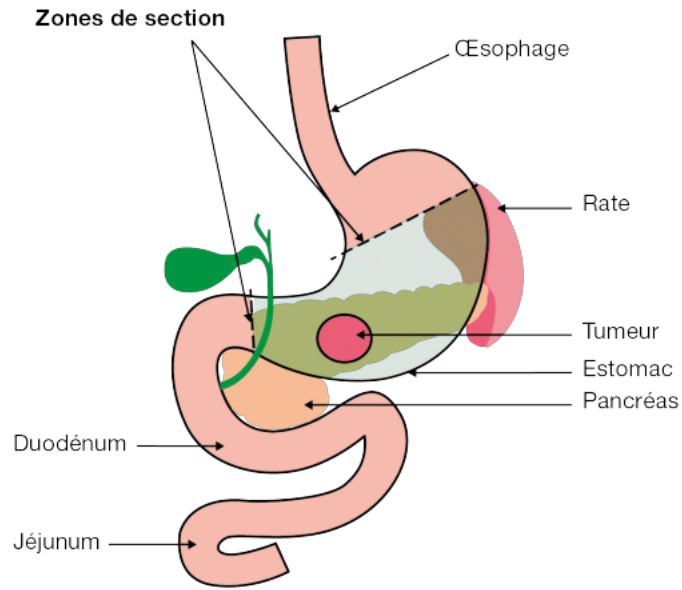
Le chirurgien choisit le type d'intervention chirurgicale en fonction de la localisation, du stade et du type de tumeur. L'ablation (ou résection) chirurgicale de la tumeur peut être réalisée selon trois modalités :

- Lorsque la tumeur est très petite, peu profonde et sans extension aux ganglions ou à d'autres organes (stade très précoce) elle peut être traitée par **endoscopie opératoire**. Comme lors d'un examen par endoscopie diagnostique, l'appareil utilisé est un endoscope souple, mais dans ce cas il est muni d'un rayon laser ou d'un bistouri électrique permettant au médecin de procéder à l'ablation de la tumeur.

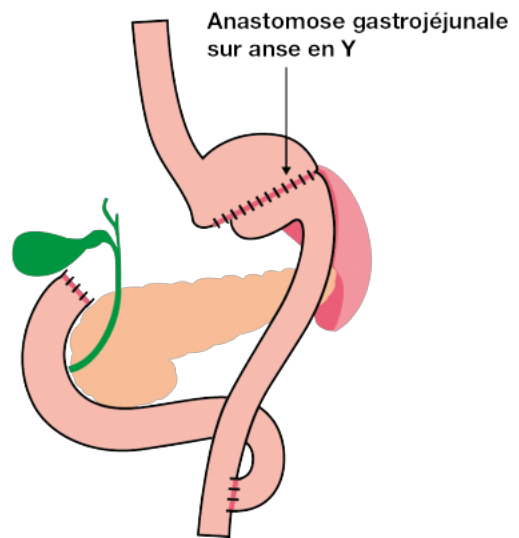
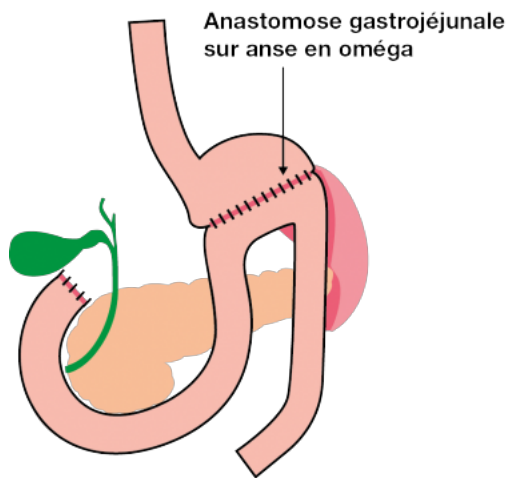
(Pour plus d'informations sur l'endoscopie, se référer à la fiche « Qu'est-ce que l'endoscopie digestive haute (ou vidéoscopie digestive haute) ? »)

- Lorsque la tumeur est moins superficielle et située dans le tiers inférieur de l'estomac et l'antra (on parle de tumeurs distales), une **gastrectomie partielle** est pratiquée : il s'agit d'une opération visant à retirer la partie atteinte de l'estomac, avec une marge de sécurité suffisante pour être sûr de retirer toutes les cellules cancéreuses. Dans ce cas, la continuité digestive est rétablie par une suture entre la partie de l'estomac qui est intacte et l'intestin grêle (anastomose gastrojéjunale sur anse en oméga ou en Y).

Avant gastrectomie partielle

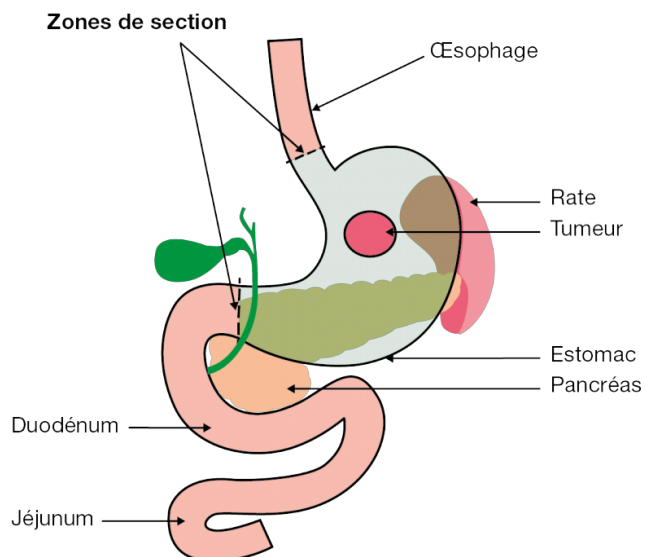


Rétablissement de continuité après gastrectomie partielle

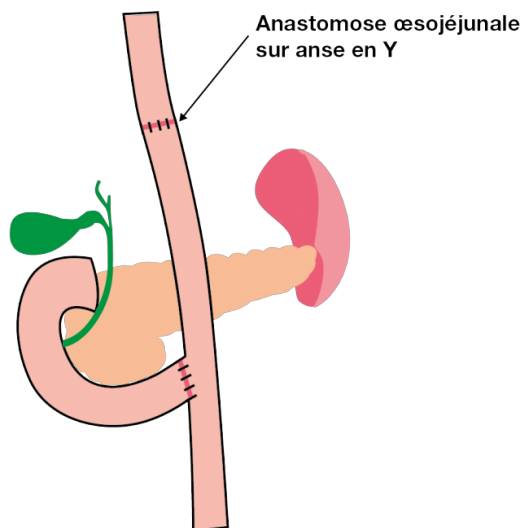


- Lorsque la tumeur est située dans les deux tiers supérieurs de l'estomac ou qu'elle est située au niveau de la jonction œsogastrique sans toucher l'œsophage, la **gastrectomie doit être totale** : cette fois, l'estomac est retiré entièrement. L'extrémité de l'œsophage est alors raccordée à l'intestin : cette reconstruction est appelée anastomose oeso-jéjunale.

Avant gastrectomie totale



Rétablissement de continuité après gastrectomie totale



La gastrectomie – partielle ou totale – est réalisée sous anesthésie générale après une période de jeûne de six heures minimum. L'opération dure généralement quatre à six heures.

Un curage ganglionnaire est réalisé en même temps que la résection chirurgicale : il s'agit de l'ablation des ganglions lymphatiques voisins de l'estomac. Ce geste permet de réduire le risque de dissémination vers le reste de l'organisme des cellules cancéreuses qui s'y trouvent ou pourraient s'y trouver. Selon l'avancée de la maladie, le nombre de ganglions retirés est plus ou moins important.

L'ablation de la rate (splénectomie) est parfois nécessaire lorsque le cancer s'y est propagé ou lorsque des saignements trop importants se produisent durant l'opération.

Un traitement adjuvant est un traitement prescrit en complément de la chirurgie. Il peut prendre la forme d'une chimiothérapie, prescrite seule ou en combinaison avec de la radiothérapie. Les traitements adjuvants peuvent être démarrés avant (traitements néo-adjuvants) ou après la chirurgie.

Le but des traitements néo-adjuvants est de réduire la taille de la tumeur et de faciliter sa résection chirurgicale lorsqu'ils sont administrés avant l'intervention, et d'éliminer les cellules cancéreuses restantes dans l'estomac ou les ganglions lymphatiques après l'intervention.