

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Année universitaire 2021 -2022

Mémoire N° : (.....)

Mémoire

GASTRECTOMIES POUR CANCER.

Soutenu publiquement le/..../2022 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

Dr. Mahamadou A.K TRAORE

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en en
chirurgie générale.**

JURY

Président : Pr TRAORE Drissa

Membre : Pr KEITA Soumaïla

Directeur : Pr TOGO Adégné

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon les années.....	9
Tableau II : Répartition selon l'ethnie	11
Tableau III : Répartition selon la profession.....	12
Tableau IV : Répartition selon la nationalité	12
Tableau V : Répartition selon le mode de recrutement.....	13
Tableau VI : Répartition selon le délai d'évolution	13
Tableau VII : Répartition selon les motifs de consultation.....	14
Tableau VIII : Répartition selon les antécédents	14
Tableau IX : Répartition selon les facteurs de risque	15
Tableau X : Répartition selon les signes fonctionnels	15
Tableau XI : Répartition selon les signes généraux	16
Tableau XII : Répartition selon la coloration des conjonctives	16
Tableau XIII : Répartition selon l'indice de l'OMS	16
Tableau XIV : Répartition selon l'indice de masse corporelle	17
Tableau XV : Répartition selon les signes physiques	17
Tableau XVI: Répartition selon la localisation anatomique de la tumeur	18
Tableau XVII : Répartition selon l'aspect macroscopique à la fibroscopie	19
Tableau XVIII : Répartition selon l'histologie	19
Tableau XIX : Répartition selon la différenciation.....	20
Tableau XX : Répartition selon les résultats de l'échographie hépatique	20
Tableau XXI : Répartition selon les ganglions examinés à l'anapath	20
Tableau XXII : Répartition selon les résultats de la tomodensitométrie	21
Tableau XXIII : Répartition selon le taux de l'hémoglobine.....	21
Tableau XXIV : Répartition selon le stade cTNM en fonction de la TDM-TAP	22
Tableau XXV : Répartition selon les résections associées	23
Tableau XXVI : Répartition selon la chimiothérapie	25
Tableau XXVII : Répartition selon le nombre de cures de chimiothérapie.....	26

Tableau XXVIII : Répartition selon les suites opératoires immédiates pendant l'hospitalisation	26
Tableau XXIX : Répartition selon les suites opératoires à 6 mois	27
Tableau XXX : Répartition selon les suites opératoires à 1 an.....	27
Tableau XXXI : Répartition selon les suites opératoires à 5 ans.....	28
Tableau XXXIII : Suites à 1 an/ Age	29
Tableau XXXIII : Suites à 1 an/ Sexe	29
Tableau XXXIVI : Suites 1 an / Gestes	31
Tableau XXXV : Métastase/suites à 1 an	32
Tableau XXXVI: But du traitement/ Suites à 1 an	32
Tableau XXXVII : But du traitement/ Stade cTNM	32
Tableau XXXVIII: Fréquence et auteurs	34
Tableau XXXIX: Moyenne d'âge et auteurs	35
Tableau XL: Fréquence de l'épigastralgie et auteurs.....	36
Tableau XLI: Natures histologiques et auteurs	37
Tableau XLII: Stades Cliniques et auteurs.....	38
Tableau XLIII: Nature du traitement chirurgical et auteurs	39
Tableau XLIV: Types de gastrectomies selon les auteurs	40
Tableau XLV: Curages ganglionnaires et auteurs	41
Tableau XLVI: Types d'anastomoses et auteurs	42
Tableau XLVII: Morbi-mortalité post-opératoire immédiate et auteurs	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Histogramme selon les tranches d'âges.....	8
Figure 2 : Histogramme selon les années de recrutement.....	9
Figure 3 : Répartition selon le sexe.....	10
Figure 4 : Répartition selon la survie globale	33

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
I. METHODOLOGIE.....	5
1.1. Cadre et lieu de l'étude.....	5
1.2. Type et période d'étude	5
1.3. Patient	5
1.4. Méthodes.....	5
1.5. Saisie et analyses des données :.....	6
1.6. Ethique.....	6
1.7. Conflit d'intérêt	6
II. RESULTATS.....	7
2.2. Données socio-épidémiologiques.....	8
2.3. Examens paracliniques	18
2.4. Courbe de Kaplan Meier	33
III. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	34
3.1. Fréquences	34
3.2. Signes cliniques	36
3.3. Aspect diagnostique.....	37
3.4. Traitement.....	39
3.5. Aspects pronostiques	43
CONCLUSION	44

REFERENCES 45

INTRODUCTION

Le cancer de l'estomac est une tumeur maligne développé aux dépens de l'épithélium gastrique [1]. **Les gastrectomies** pour cancer à but curatif impliquent une résection complète R0 sans effraction tumorale, avec marge saine pariétale et un curage ganglionnaire étendu. Une parfaite connaissance de l'anatomie vasculaire, du mode d'extension ganglionnaire et pariétale sont indispensables avant de réaliser ce type de chirurgie [2].

Actuellement, la gastrectomie est indiquée principalement pour le cancer gastrique. Ce dernier reste la deuxième cause de décès parmi toutes les tumeurs malignes dans le monde en particulier au **Japon** [3].

Au niveau mondial, le cancer gastrique est au 4ème rang d'incidence des cancers chez les hommes et au 7e rang d'incidence des cancers chez les femmes. Il représente la 4e cause de mortalité par cancer chez les hommes et la 5e cause de mortalité par cancer chez les femmes (Sung 2021). En France, la diminution de l'incidence des cancers gastriques est possiblement parvenue à un plateau puisque le nombre de nouveaux cas était de 6550 en 2012 et de 6557 en 2018 (Defossez 2019). Le taux d'incidence standardise du cancer gastrique (hors jonction oeso-gastrique) diminue régulièrement d'environ 1,8% par an (Defossez 2019). Cette diminution peut s'expliquer par un meilleur contrôle des facteurs de risque, au premier rang desquels l'éradication d'*Helicobacter pylori* qui diminue de moitié le risque de cancer gastrique (Rokkas 2017). Les autres facteurs de risque de l'adénocarcinome gastrique sont la gastrite atrophique auto-immune (maladie de Biermer), les antécédents familiaux, l'origine ethnique, la consommation excessive d'alcool, le tabagisme, l'infection à EBV, une alimentation riche en sel et l'antécédent personnel ancien (au-delà de 10 ans) de gastrectomie partielle (Smyth 2020) [4].

La fréquence des résections gastriques majeures aux **États-Unis** a diminué au cours des deux dernières décennies, de ce fait elle représente 67342 de

gastrectomie totale soit 36.43% [5]. **En Afrique**, plusieurs études récentes ont trouvé une fréquence hospitalière de plus en plus élevée du cancer gastrique ; il occupe la première place de tous les cancers du tube digestif au **Burkina FASO [6] et au Togo [7]**.

Les complications chirurgicales sont dominées par les fistules anastomotiques, les hémorragies digestives, les abcès sous phréniques et les complications pariétales. [8].

L'Avantage des différentes voies de gastrectomie sont pour la laparotomie une liberté de mouvement avec palpation des organes de la cavité abdominale ; diminution de la morbidité postopératoire, la durée de séjour et d'accélérer le retour à la vie active pour la laparoscopie et liberté de mouvement dans une dimension mini-invasive en vision en 3D avec des gestes précis, une durée d'hospitalisation raccourcie et diminution de la douleur post-opératoire pour la chirurgie robotique [9].

Les **nouvelles approches** chirurgicales utilisées sont la résection endoscopique muqueuse (endoscopic submucosal dissection), la laparoscopie et la robotique (énucléations coelioscopiques et robotiques pour GIST gastrique) après les nouvelles techniques d'imagerie endoscopique comme l'imagerie en bande étroite et autofluorescence qui présentent des caractéristiques importantes recherchées par les médecins (grande sensibilité, radiations non ionisantes et mesures atraumatiques) [10].

En 2019, selon le **registre des cancers du Mali**, le cancer de l'estomac occupait la première place de tous les cancers avec 5,7 pour 100.000 habitants dont 9,5% chez l'homme et le troisième cancer chez la femme (4% pour 100.000 habitants) [11].

Le diagnostic est posé par l'examen histologique des biopsies [12].

Globalement, la morbidité et la mortalité sont de 14,0 et 0,6 %. [11].

La survie globale du cancer gastrique à cinq ans a été estimée à 27 % en Europe occidentale et à 6 % en Afrique subsaharienne. Au Japon, le taux de survie estimé à 52 % est supérieur en raison d'un diagnostic plus précoce grâce au dépistage [11 ; 12].

Le pronostic reste sombre, 4e cause de mortalité par cancer dans le monde [13]

Nous avons initié cette étude qui a pour but de mettre en avant **l'indication** et le **pronostic** de gastrectomie pour cancer gastrique en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la gastrectomie pour cancer gastrique en chirurgie générale du CHU
Gabriel TOURE

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la **fréquence** de la gastrectomie pour cancer ;
2. Décrire les **indications** opératoires
3. Décrire le **pronostic**

I. METHODOLOGIE

1.1. Cadre et lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée en chirurgie générale du Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Touré.

1.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude en deux phases : rétrospective (allant de janvier 2003 à décembre 2020 soit une période de 17 ans) et prospective descriptive (de janvier 2021 à juin 2022 soit une période de 1 ans et 6 mois).

1.3. Patient

Population d'étude : tous les patients opérés dans le service pour cancer gastrique pendant la même période quel que soit la nature histologique.

Echantillon : tous les patients opérés dans le service ayant subi une gastrectomie pour cancer gastrique.

Critères d'inclusions : ont été inclus dans l'étude tous les patients prises en charge pour gastrectomie quel que soit le type au CHU Gabriel Touré.

Critère de non-inclusion : n'ont pas été inclus dans cette étude les patients qui n'ont pas subi de gastrectomies, les tumeurs d'autres localisations (œsophage et duodénum) à extension gastrique, les dossiers incomplets (inexploitables), et les patients qui n'étaient pas consentants.

1.4. Méthodes

Les patients ont été recrutés à partir du registre du bloc opératoire à froid, le dossier clinique des malades hospitalisés pour cancer gastrique en chirurgie générale et le registre des résultats d'anatomopathologiques. Une fiche d'enquête établie a permis de recueillir l'ensemble des renseignements pour chaque patient. Les paramètres étudiés ont été la démographie, la clinique, les indications, la thérapeutique, le suivie postopératoire et le pronostic.

A la phase prospective, après l'examen clinique objectivant une épigastralgie et l'amaigrissement chez la plupart des malades, Nous avons demandé une endoscopie digestive haute avec biopsies qui nous a permis de poser le diagnostic et par la suite un bilan complémentaire (TDM) pour la classifier selon le système TNM est effectué pour planifier la prise en charge thérapeutique optimale.

1.5. Saisie et analyses des données :

Elles ont été effectuées sur le Pack office 2013 et Epi info. 7.1., Épi Info™ version 6.0 Fr. Le test de comparaison utilisé a été le Chi2 avec un seuil de significativité inférieur à 0,05.

1.6. Ethique

Nous avons obtenu le consentement éclairé de tous les patients avant leur inclusion dans l'étude.

1.7. Conflit d'intérêt

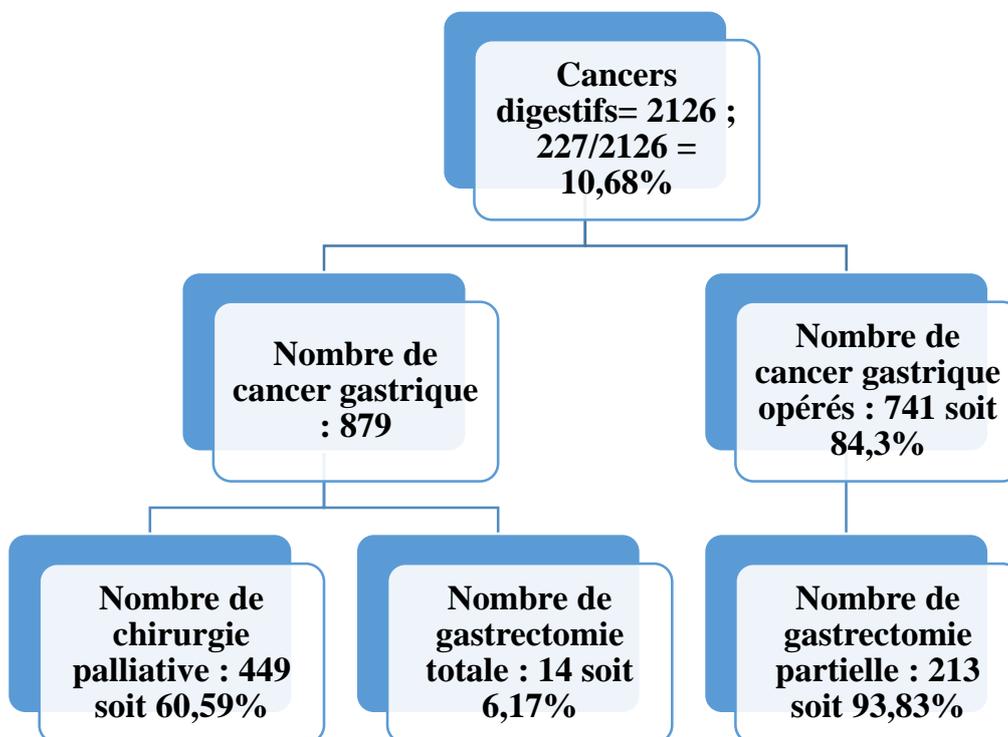
Pas de conflit d'intérêt dans la réalisation de l'étude.

II. RESULTATS

2.1. La fréquence

Nous avons colligé 227 dossiers de patients chez qui a été réalisé une gastrectomie soit totale soit partielle.

- Les cancers digestifs= 2126 ; $227/2126 = 10,68\%$
- Nombre de cancer gastrique : 879
- Nombre de cancer gastrique opérés : 741 soit 84,3%
- Nombre de chirurgie palliative : 449 soit 60,59% (opérés)
- Nombre de gastrectomie totale : 14 soit 6,17%
- Nombre de gastrectomie partielle : 213 soit 93,83%



2.2. Données socio-épidémiologiques

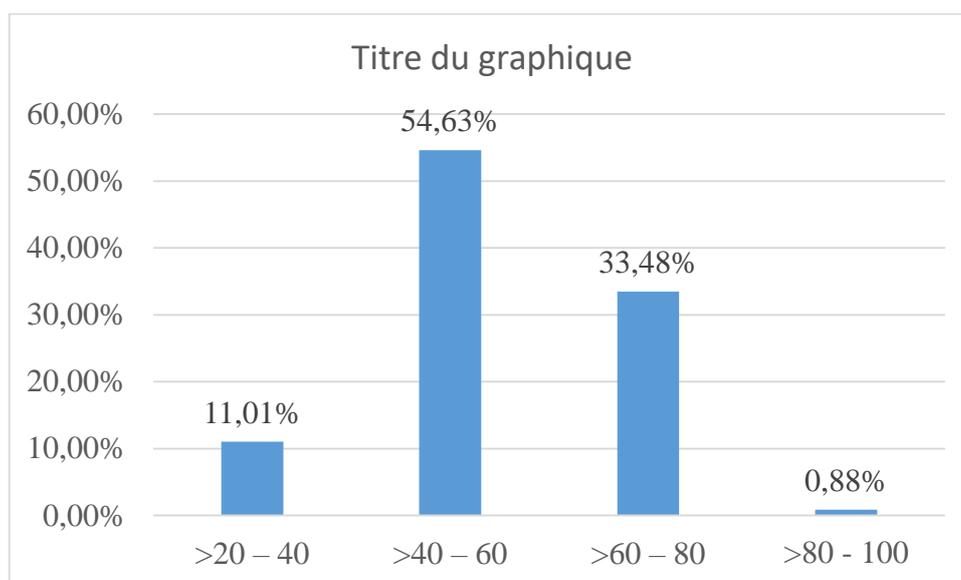


Figure 1 : Histogramme selon les tranches d'âges

Moyenne= 55,58 Ecart type= 11,8481435.

Tableau I : Répartition selon la tranche d'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
>20 – 40	25	11,01%
>40 – 60	124	54,63%
>60 – 80	76	33,48%
>80 – 100	2	0,88%
Total	227	100,00%

La tranche d'âge 40-60 est la plus représentée.

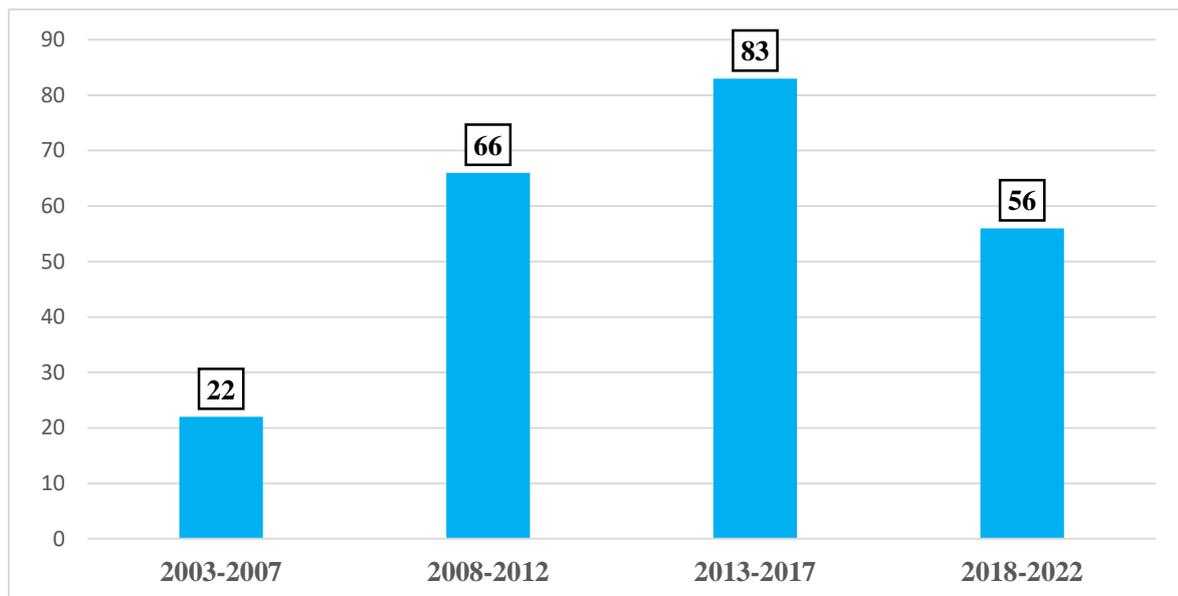


Figure 2 : Histogramme selon les années de recrutement

Tableau I : Répartition selon les années

Année	Fréquence	Pourcentage
2003-2007	22	9,69
2008-2012	66	29,07
2013-2017	83	36,56
2018-2022	56	24,67
Total	227	100

La période 2013-2017 a enregistré le plus de patients

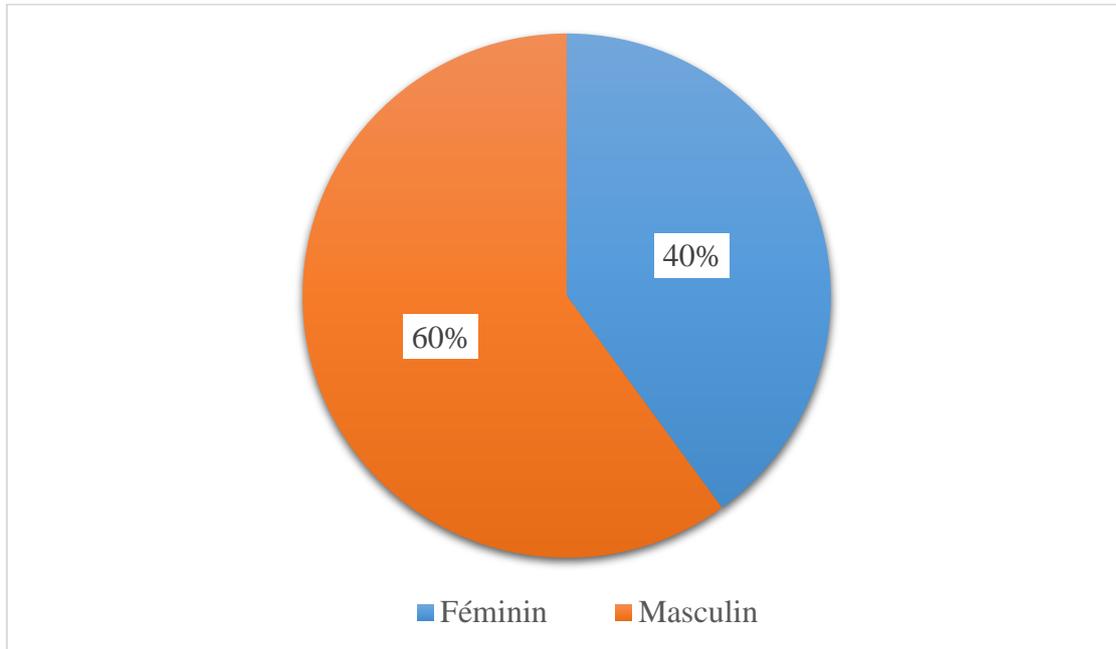


Figure 3 : Répartition selon le sexe

Tableau II : Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	90	39,83
Peulh	45	19,91%
Soninké	27	11,95
Malinké	17	7,52%
Dogon	11	4,87%
Senoufo	10	4,42%
Mianka	8	3,54%
Bobo	4	1,77
Bozo	3	0,132
Djokoromè	3	1,33%
Maure	2	0,88%
Kassongue	1	0,44%
Sarakolé	1	0,44%
Sonrhäï	4	1,77
Total	221	100,00%

L'ethnie la plus représentée est le Bambara

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	85	37,44
Cultivateur	36	15,86
Commerçant	14	6,17
Ouvrier	8	3,52
Fonctionnaire	6	2,64
Rétraîtée	5	2,20
Agent de Santé	2	0,88
Militaire	2	0,88
Indéterminé	69	30,40
Total	227	100

La profession la plus représentée est celle de ménagère.

Tableau IV : Répartition selon la nationalité

Nationalité	Fréquence	Pourcentage
Burkinabè	1	0,44%
Guinéenne	1	0,44%
Malienn	225	99,12
Total	227	100

La presque totalité des patients étaient des maliens

Tableau V : Répartition selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Fréquence	Pourcentage
Consultation ordinaire	225	99,12
Urgences	2	0,88%
Total	227	100

La plupart des patients ont été recruté par la consultation ordinaire

Tableau VI : Répartition selon le délai d'évolution

Délai de consultation en mois	Fréquence	Pourcentage
Moins de 6mois	49	52,69
7-12	18	19,35
13-18	10	10,75
19-24	7	7,53
25-36	3	3,23
sup 37	6	6,45
Total	93	100

Le délai d'évolution était moins de 6 mois chez le maximum des patients

Tableau VII : Répartition selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Fréquence	Pourcentage
Tumeur gastrique	104	45,81
Adénocarcinome de l'estomac	5	2,20
Dx abdominale	2	0,88
Dysphagie	1	0,44
Epigastralgie	79	34,80
Hoquet	1	0,44
Masse épigastrique	1	0,44
RDV Post opératoire	1	0,44
Syndrome orificiel	1	0,44
Ulcère néoplasique	1	0,44
Vomissement+Épigastralgie	7	3,08
Vomissement	24	10,57
Total	227	100

Le motif de consultation le plus retrouvé est celui de la tumeur gastrique

Tableau VIII : Répartition selon les antécédents

ATCD	Fréquence	Pourcentage
Non	196	86,34
UGD	19	8,37
HTA	4	1,76
HTA, Diabète	3	1,32
HTA, UGD	3	1,32
Diabète	1	0,44
Sinusite	1	0,44
Total	227	100

Il n'y a pas d'antécédents dans 86,34%. L'antécédent d'ulcère gastroduodéal est retrouvé dans 8,37%

Tableau IX : Répartition selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Fréquence	Pourcentage
Poissons fumés	216	95,15
Auto médication	174	76,65
Tô avec potasse	161	70,92
Aliments conservés par salaison	165	72,69
Tabac	15	6,61
Alcool	2	0,88%
Ulcère gastrique	107	47,14
Total		

Les consommations de poissons fumés, de tô avec de la potasse, les aliments conservés par salaison et l'auto-médication sont les principaux facteurs de risque

Tableau X : Répartition selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
Reflux gastro-œsophagien	35	15,42%
Hoquet	12	5,29
Régurgitation	1	0,44%
Alternance diarrhée-constipation	3	1,32%
Dyspnée	4	1,76%
Diarrhée	2	0,88
Dysphagie	36	15,86
Méléna	44	19,38%
RGO	35	15,42%
Pyrosis	47	20,70%
Vertige	3	1,32%

Le pyrosis est le signe fonctionnel le plus retrouvé

Tableau XI : Répartition selon les signes généraux

Signes généraux	Fréquence	Pourcentage
Dénutrition	72	31,72
Amaigrissement	151	66,23%
Déshydratation	124	54,63
Asthénie	168	73,68%
Anorexie	173	75,88%
Fièvre	123	54,19%
Œdème des membres inférieurs	11	4,85%

L'anorexie est le signe général le plus retrouvé

Tableau XII : Répartition selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	Fréquence	Pourcentage
Colorées	216	95,15
Moyennement colorées	9	3,96
Pâles	2	0,88
Total	227	100

Dans 95,15% des cas les conjonctives étaient colorées

Tableau XIII : Répartition selon l'indice de l'OMS

Indice OMS	Fréquence	Pourcentage
1	80	35,24%
2	128	56,39%
3	19	8,37%
Total	227	100

L'indice de l'OMS 2 est retrouvé dans 56,39%

Tableau XIV : Répartition selon l'indice de masse corporelle

IMC	Fréquence	Pourcentage
Moins 18	62	27,43
18-25	158	69,91
plus 25	7	30,84
Total	227	100

Dans notre étude, 69,91% des patients ont un indice de masse corporelle

Tableau XV : Répartition selon les signes physiques

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage
Mase abdominale	114	50,22
Epigastralgie	226	99,56
Hépatomégalie	3	1,32%
Clapotage à jeun	51	22,47%

L'épigastralgie est le signe physique le plus retrouvé dans 99,56%

2.3. Examens paracliniques

Tableau XVI: Répartition selon la localisation anatomique de la tumeur

Localisation anatomique de la tumeur	Fréquence	Pourcentage
Antrale	91	40,27
antre et petite courbure	2	0,88
Antro-fundique	5	2,21
Antro-pylorique	99	43,8
Cardia	3	1,33
cardio-corporéale	2	0,88
Corporéale	3	1,33
Corporéo-antrale	1	0,44
corporéo-caudale	2	0,88
Corporéo-fundique	2	0,88
Fundique	4	1,77
Grande Courbure	2	0,88
Petite Courbure	3	1,33
Pylore	7	3,10
Total	226	100

Dans notre étude, 43,8% de la tumeur est localisée en antro-pylorique

Tableau XVII : Répartition selon l'aspect macroscopique à la fibroscopie

Aspect fibroscopie	Fréquence	Pourcentage
GIST	5	2,20%
Infiltrant	8	3,52%
Lymphome de MALT	1	0,44%
Sténosante	3	1,32%
Ulcéreux	20	8,81%
Ulcéro-bourgeonnante	181	81,50%
Ulcéro-hémorragique	5	2,20%
Total	227	100,00%

L'aspect fibroscopique ulcéro-bourgeonnant est le plus retrouvé dans 79,74% des cas

Tableau XVIII : Répartition selon l'histologie

Histologie	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome	215	94,71%
carcinome in situ	2	0,88%
GIST	5	2,20%
Lymphome de Malt	2	0,88%
Nodule cirrhotique	1	0,44%
Tumeur stromale (GIST)	1	0,44%
Ulcère bénin associé à une gastrite avec adénite réactionnelle	1	0,44%
Total	227	100,00%

L'histologie retrouve l'adénocarcinome dans 94,71%

Tableau XIX : Répartition selon la différenciation

Différenciation	Fréquence	Pourcentage
Bien différencié	15	6,61
Moyennement différencié	187	82,38
Indifférencié	12	5,29
Indéterminée	13	5,73
Total	227	100

La majorité 82,38% des tumeurs examinées sont moyennement différenciées

Tableau XX : Répartition selon les résultats de l'échographie hépatique

Echographie abdominale	Fréquence	Pourcentage
Faite	88	38,77
Non faite	139	61,23
Total	227	100

L'échographie abdominale a été réalisée dans 38,77% des cas

Tableau XXI : Répartition selon les ganglions examinés à l'anapath

Ganglions examinés	Fréquence	Pourcentage
0-6	104	45,81%
7-11	110	48,46%
12-14	8	3,52%
sup 15	5	2,20%
Total	227	100,00%

Dans notre étude, 48,46% des ganglions examinés sont entre 7 et 11

Tableau XXII : Répartition selon les résultats de la tomодensitométrie

TDM	Fréquence	Pourcentage
Adénopathies rétropéritonéales	1	0,44%
Epaississement pariétal	11	4,85%
GIST	1	0,44%
Lymphome de MALT gastrique	1	0,44%
Non faite	198	87,22%
tumeur antropylorique	1	0,44%
tumeur gastrique	6	2,64%
Tumeur gastrique	7	3,08%
tumeur pylorique	1	0,44%
Total	227	100,00%

Dans notre étude, 87,22% de nos patients n'ont pas réalisé la tomодensitométrie

Tableau XXIII : Répartition selon le taux de l'hémoglobine

Taux hémoglobine (g/dl)	Fréquence	Pourcentage
Anémie	177	77,97%
Normal	50	22,03%
Total	227	100,00%

L'anémie est retrouvée en majorité

Tableau XXIV : Répartition selon le stade cTNM en fonction de la TDM-TAP

Stade cTNM	Classification TNM	Fréquence	Pourcentage
0	Tis N0 M0	1	0,44%
1A	T1 N0 M0	1	0,44%
1B	T2 N0 M0 T1 N1 M0	5	2,20%
2A	T3 N0 M0 T2 N1 M0 T1N2 M0	36	15,86%
2B	T4a N0 M0 T3 N1 M0 T2N2 M0 T1 N3 M0	50	21,94%
3A	T4a N1 M0 T3 N2 M0 T2 N3a M0 T4a N2 M0 T4b N0 M0	70	30,84%
3B	T2 N3b M0 T4b N1 M0 T4b N2 M0 T4a N3a M0 T3 N3a M0	37	16,30%
3C	T3 N3b M0 T4a N3b M0 T4b N3a/b M0	5	2,20%
4	Tous T Tous N M1	22	9,69%
Total		227	100,00%

Le stade 3A est retrouvé dans 30,84%

Tableau XXVII: Répartition selon le but du traitement

But du traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	193	85,02%
Palliatif	34	14,98%
Total	227	100,00%

Le but du traitement est curatif dans 85,02% des cas.

Tableau XXVIII: Répartition selon le geste

GESTE	Fréquence	Pourcentage
Gastrectomie atypique	9	3,96%
Gastrectomie des 4/5	204	89,87%
Gastrectomie totale	14	6,17%
Total	227	100,00%

La gastrectomie 4/5 est le geste le plus pratiqué 89,87%

Tableau XXV : Répartition selon les résections associées

Gestes accessoires	Fréquence	Pourcentage
Colectomie transverse	6	2,64%
Hépatectomie	5	2,20%
Non	214	94,27%
Polypectomie rectale	1	0,44%
Splénectomie	1	0,44%
Total	227	100,00%

Dans 94,27% des cas, il n'y a pas de résections associées.

Tableau XXX: Répartition selon le type de résection tumorale

Type de résection tumorale	Fréquence	Pourcentage
R0	81	35,68%
R1	93	40,97%
R2	53	23,35%
Total	227	100,00%

La résection R1 est le type de résection le plus réalisé.

Tableau XXXI: Répartition selon le curage ganglionnaire

Curage ganglionnaire	Fréquence	Pourcentage
D1	83	36,56%
D2	131	57,71%
D3	13	5,73%
Total	227	100,00%

Le curage D2 est le type plus réalisé à 57,71%

Tableau XXXII: Répartition selon le stade pTNM

Stade pTNM	Fréquence	Pourcentage
0	3	2,46%
1	2	1,64%
2	15	12,30%
3	76	62,30%
4	26	21,31%
Total	122	100,00%

Le stade 3 est le stade pTNM le plus retrouvé à 62,30%

Tableau XXXIII: Répartition selon le type d'anastomose

Type d'anastomose	Fréquence	Pourcentage
Bilroth I	79	34,80%
Bilroth II	134	59,03%
Oeso-jéjunale	14	6,17%
Total	227	100,00%

Le type d'anastomose le plus réalisé est l'anastomose Bilroth II à 59,03%

Tableau XXVI : Répartition selon la chimiothérapie

Chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Non	180	79,30%
Oui	47	20,70%
Total	227	100,00%

Dans notre étude, 79,30% n'ont pas fait de chimiothérapie

Tableau XXXV : Répartition selon le protocole de chimiothérapie

Protocole chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Folfox	24	10,57%
Folfiri	3	1,32%
Paclitaxel Hebdo	2	0,88%

Le Folfox est le protocole de chimiothérapie le plus utilisé

Tableau XXVII : Répartition selon le nombre de cures de chimiothérapie

Nombre de cures	Fréquence	Pourcentage
0-4	205	90,31%
5-8	8	3,52%
9-12	11	4,85%
13-16	2	0,88%
17-24	1	0,44%
Total	227	100,00%

Dans notre étude, 90,31% de nos patients ont réalisé entre 0 et 4 cures lors de la chimiothérapie

Tableau XXVIII : Répartition selon les suites opératoires immédiates pendant l'hospitalisation

Suites opératoires immédiates	Fréquence	Pourcentage
Fistule digestive	2	0,88
Suppuration pariétale	2	0,88
Décédé	5	2,20
Simple	218	96,03
Total	227	100

Les suites opératoires immédiates pendant l'hospitalisation ont été simples à 96,03%.

Tableau XXIX : Répartition selon les suites opératoires à 6 mois

Suites à 6 mois	Fréquence	Pourcentage
Perdu de vue	162	71,37%
Décédé	33	14,54
Simple	16	7,05
Vomissements	8	3,52%
Épigastrie	3	1,32%
RGO	2	0,88%
Dumping syndrome	1	0,44%
toux, dyspnée, nausées	1	0,44%
Récidivée	1	0,44%
Total	227	100

En 6 mois, 71,37% de nos patients ont été perdus de vue

Tableau XXX : Répartition selon les suites opératoires à 1 an

Suites à 1 an	Fréquence	Pourcentage
Décédé	56	24,67%
Perdu de vue	162	71,37%
Récidivée	2	0,88%
Simple	7	3,08%
Total	227	100

En 1 an, 71, 37% ont été perdu de vue.

Tableau XXXI : Répartition selon les suites opératoires à 5 ans

Suites à 5 ans	Fréquence	Pourcentage
Décédé	65	28,63
Perdu de vue	162	71,37
Total	227	100

En 5 ans, 71,37% ont été perdus de vue, les restes sont décédés

Tableau XLI : Date de l'intervention/ Suites à 1 an

Date de l'intervention	Suites à 1 an				Total
	Vivants avec récurrence	Vivants sans récurrence	Décédé	Perdu de vue	
2003-2007	0	0	4	18	22
2008-2012	0	1	15	50	66
2013-2017	2	5	24	52	83
2013-2017	2	5	24	52	83
2018-2022	0	1	13	42	56
Total	2	7	56	162	227

Tableau XXXIII : Suites à 1 an/ Age

Suites Age	Décédé	Perdu de vue	Récidivée	Simple	Total
>20 – 40	5	18	0	2	25
>40 – 60	28	90	2	4	124
>60 – 80	23	52	0	1	76
>80 – 100	0	2	0	0	2
Total	56	162	2	7	227

P= 0,6675, P n'est pas significatif

Tableau XXXIII : Suites à 1 an/ Sexe

Sexe	Suites à 1 an				
	Décédé	Perdu de vue	Récidivée	Simple	Total
Féminin	19	68	0	4	91
Masculin	37	94	2	3	136
Total	56	162	2	7	227

P=0,7531 ; P n'est pas significatif

Tableau XLIV: Suites à 1 an/ Stade pTNM

STADE pTNM	Suites à 1 an				Perdu de vue	Total
	Récidivée	Simple	Décédé			
0	0	0	0	0	3	3
1	0	0	0	0	2	2
2	0	2	2	5	8	15
3	2	4	32	38	38	76
4	0	0	10	16	16	26
Non fait	0	1	9	95	95	105
TOTAL	2	7	56	162	162	227

Tableau XLV : Suites 1 an/ Stade cTNM

STADE cTNM	Suites à 1 an					Total
	Récidivée	Simple	Décédé	Perdu de vue		
0	0	0	0	1		1
1A	0	0	0	1		1
1B	0	1	1	3		5
2A	1	4	11	20		36
2B	0	1	23	26		50
3A	1	1	8	60		70
3B	0	0	7	30		37
3C	0	0	1	4		5
4	0	0	5	16		21
4B	0	0	0	1		1
TOTAL	2	7	56	162		227

Tableau XXXIV : Suites 1 an / Gestes

GESTE	Suites à 1 an					Total
	Récidivée	Simple	Décédé	Perdu de vue		
gastrectomie atypique	0	0	2	7		9
Gastrectomie des 4/5	2	7	52	143		204
Gastrectomie totale	0	0	2	12		14
TOTAL	2	7	56	162		227

Tableau XXXV : Métastase/suites à 1 an

Survie globale à 1 an *	Effectif	Médiane	Moyenne	Ecart	P
Métastase				type	valeur
Non	222	1	1,0495	0,7383	0,88
Oui	5	1	1	0	
Total	227				

Tableau XXXVI: But du traitement/ Suites à 1 an

BUT DU TRAITEMENT	Suites à 1 an				
	Récidivée	Simple	Décédé	Perdu de vue	Total
Curatif	1	4	28	160	193
Palliatif	1	3	28	2	34
TOTAL	2	7	56	162	227

Tableau XXXVII : But du traitement/ Stade cTNM

But du traitement	Stade cTNM										
	0	1A	1B	2A	2B	3A	3B	3C	4	4B	Total
Curatif	1	1	3	26	38	63	37	4	19	1	193
Palliatif	0	0	2	10	12	7	0	1	2	0	34
TOTAL	1	1	5	36	50	70	37	5	21	1	227

2.4. Courbe de Kaplan Meier

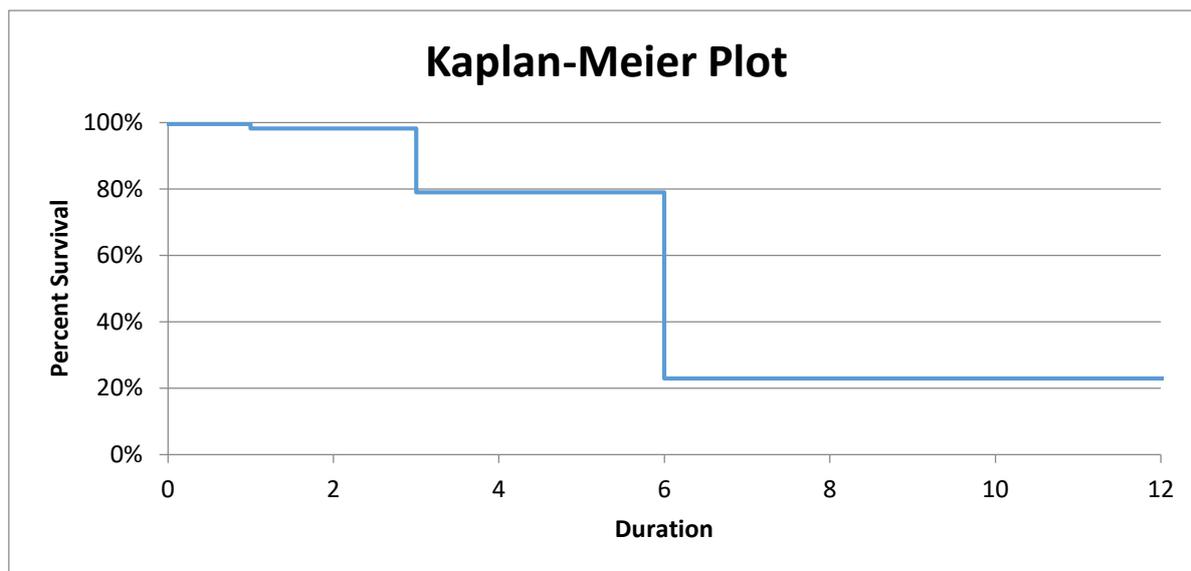


Figure 4 : Répartition selon la survie globale

III. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

3.1. Fréquences

Durant la période allant de 2003 à 2022, nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective au Centre Hospitalier Universitaire du Gabriel Touré colligeant 227 patients. Certaines difficultés rencontrées, comme l'exploitation difficile de certains dossiers, a conduit à leur annulation ainsi que le nombre élevé de malades perdus de vue ont été les points faibles de notre étude.

Tableau XXXVIII: Fréquence et auteurs

Auteurs	Fréquences	Pourcentage	P
GBESSI DG et al. [14] Bénin 2013	93/347	26,8	0,003
TOURE I O et al [15]. Mali 2018	193/380	50,79	0,00001
TANGARA D et al [16]. Mali 2020	142/386	36,78	0,0001
KOURIBA S. [22] n=857 Mali 2021	857/2102	40,8	0,0000
Notre étude n=227 Mali 2022	2126	10,68	

Dans notre étude le cancer de l'estomac représente 10,68% des cancers digestifs, ce résultat est statistiquement différent de ceux de GBESSI DG et al. [14], Tangara D. [16] de TOURE I O et al [15], et de KOURIBA du Mali 2021, cela pourrait s'expliquer par un biais dans la sélection de l'échantillon.

Tableau XXXIX: Moyenne d'âge et auteurs

Auteurs	Age moyen	Ecart-type	P
TOGO A et al. [17] n=342 Mali 2010	51,8	12,9	0,3
TOURE I O et al [15]. n=193 Mali 2018	57,21	13	0,5
TANGARA D et al [16]. n= 142 Mali 2020	56,26	12,452	0,56
KOURIBA S. [12] n=857 Mali 2021	55,44	13,074	0,55
Notre étude n=227 Mali 2022	55,58	11,85	

Notre étude retrouve un âge moyen de 55,58 avec un écart type de 11,85. Ce résultat est statistiquement comparable à ceux de TOGO A et al. [17], de TOURE I O et al [15], de TANGARA D et al [16], et de KOURIBA S. qui ont trouvé respectivement un âge moyen de 51,8 ; 57,21 ; 56,26 ; 55,44. Ceci montre que le cancer de l'estomac est une pathologie relative à l'âge élevé.

3.2. Signes cliniques

Tableau XL: Fréquence de l'épigastralgie et auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentage	P
KAZUAKI T et al [18].n=84Japon 2010	71	84,6	<0,0001
Mansoor [19] n=69 Pakistan 2013	41	59,4	<0,0001
TANGARA D [16] n= 142 Mali 2020	141	99,29	0,75
KOURIBA S. [12] n=857 Mali 2021	844	98,6	0,75
Notre étude n=227 Mali 2022	226	99,56	

L'épigastralgie est un signe très important dans le cancer de l'estomac, aussi notre étude retrouve 99,56%. Nous retrouvons la même hausse chez TANGARA D [16] et KOURIBA S. Notre résultat n'est pas statistiquement superposable à ceux de KAZUAKI T et al du Japon et Mansoor [19] du Pakistan qui retrouvent respectivement 84,6% et 59,4%. Cette différence pourrait s'expliquer par l'installation tardive de l'épigastralgie chez certains patients

3.3. Aspect diagnostique

Tableau XLI: Natures histologiques et auteurs

Auteurs	Natures histologiques					
	Adénocarcinome		GIST		Lymphome	
	%	P	%	P	%	P
K. Al Saleh et al [20]. n= 145 Kuwait 2018	72,2	<0,001	3,4	0,5	14,5	<0,001
Robert P El[21].n= 124 France 2012	88,3	0,06	8,4	0,05	-	-
Sissoko S M et al. [22] n= 372 Mali 2015	94,4	0,5	1,6	0,69	-	-
M BAH et al [23]. n= 41 Guinée Conakry 2019	95,6	0,5	2,44	0,7	-	-
Suleiman KA [24]et al. n = 115 Nigeria 2021	93,5	0,38	-	-	3,7	0,18
KOURIBA S. [12] n=857 Mali 2021	97,43	0,37	1,63	0,69	0,70	0,75
Notre étude n=227 Mali 2022	94,71		2,20		0,88	

L'adénocarcinome est la forme de cancer de l'estomac la plus répandue dans la littérature. Nous en retrouvons à 94,7%. Nous avons des résultats similaires avec les études de Robert P El [21], Sissoko S M et al. [22], de M BAH et al [23], de Suleiman KA [24] et al et de KOURIBA S. qui retrouve respectivement dans leurs étude 88,3% ; 94,4% ; 95,6% ; 93,5% ; 97,43%.

Les gastro-intestinal stromal Tumor ou GIST ou tumeurs stromales sont des tumeurs rares, elles évoluent aux dépens des tissus conjonctifs de la paroi de l'estomac. Nous retrouvons en à 2,2%. Notre résultat est statistiquement adaptable aux résultats de K. Al Saleh et al [20], de Robert P El [21], de Sissoko S M et al. [22], de M BAH et al [23], et de KOURIBA S. [12] qui retrouvent respectivement 3,4% ; 8,4% ; 1,6% ; 2,44% et 1,63%.

Le lymphome gastrique est une prolifération dans la muqueuse gastrique de lymphocytes B monoclonaux, de topographie préférentielle antrale. Ces

lymphomes sont « primitifs », souvent limités à l'estomac et aux ganglions locorégionaux. Dans notre étude, il représente 0,88%, assimilable aux résultats de Suleiman KA [24] 3,7% et de KOURIBA S. [12] 0,7%. Mais non comparable statistiquement au résultat de K. Al Saleh et al [20] 14,5%.

Tableau XLII: Stades Cliniques et auteurs

Auteurs	Stade I		Stade II		Stade III		Stade IV	
	%	P	%	P	%	P	%	P
Sissoko S M et al. [22] n= 372	-	-	-	-	15,6	0,000	84,4	0,00000
Mali 2015								
Parsan K et al[25]. n= 36	22,22	0,0000	27,78	0,088	50	0,56	-	-
Népal 2020								
Mohamed F K et al [26]. n= 300	3,3	0,66	22,6	0,016	-	-	42	0,0000
Egypte 2018								
Notre étude n=227	2,64		37,89		49,34		9,69	
Mali 2022								

La classification selon les stades est un reflet de la classification TNM. Dans notre étude le stade le plus représenté est le stade III 49,34%. Ce résultat est statistiquement comparable à celui de Parsan K et al[25] 50%, contrairement aux résultats de Sissoko S M et al. [22] 15,6%.

3.4. Traitement

Tableau XLIII: Nature du traitement chirurgical et auteurs

	Curative		Palliative	
	%	P	%	P
M Fadlouallah et al [27]. n= 294 Maroc 2013	38,25	<0,000000	-	-
ROBERT PE [21] n=140 France 2012	88,57	0,34	11,43	0,26
TOURE O I et al [15]. n=193 Mali 2018	20,49	0,000	64,75	<0,00000
Mohamed F K et al [26]. n= 300 Egypte 2018	49	<0,001	51	<0,00000
KOURIBA S [12]. n=857 Mali 2021	25,62	<0,0000	60,66	<0,00000
Notre étude n=227 Mali 2022	85,02%		14,98%	

Le traitement est souvent lié à la précocité de la consultation et de la prise en charge, ainsi lorsque la lésion est localisée sans métastase, le traitement curatif peut être envisagé.

Le traitement curatif représente 85,02% dans notre étude, inférieur au résultat de ROBERT PE [21]. Notre résultat n'est pas statistiquement superposable aux résultats du Maroc 38,25%, de l'Egypte 49%, de Toure 20,49%, et de Kouriba S. 25,62%. Le traitement palliatif représente 14,98% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement supérieur au résultat de ROBERT PE [21] 11,43%. Cette différence pourrait s'expliquer par la découverte assez tôt de ces tumeurs entraînant une prise en charge à viser de guérison.

Tableau XLIV: Types de gastrectomies selon les auteurs

	Gastrectomie totale		Gastrectomie 4/5	
	Pourcentage	P	Pourcentage	P
Tangara D. [16]. n=124 Mali 2020	2(1,61%)	0,14	44(35,48%)	0,0000
Augustinas B et al [28].. n= 70 Lutianie 2021	67,1 %	0,00000	-	
KOURIBA S. [12] n=857 Mali 2021	1,8%	0,14	-	
Notre étude n=227 Mali 2022	14(6,17%)		204(89,87%)	

La gastrectomie 4/5 est le geste le plus utilisé dans notre étude à 82,38%. Ce résultat n'est pas statistiquement comparable à ceux de Tangara 35,48%. Cela peut s'expliquer par le biais de sélection de l'échantillon étudié.

La gastrectomie totale représente 6,17% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement comparable à ceux de Tangara 1,61% et de KOURIBA S. 1,8%

Tableau XLV: Curages ganglionnaires et auteurs

Auteurs	D1		D2	
	%	P	%	P
GHIZLANE HILAL et al [121][29]. n=116 Maroc 2016	7,01	0,000	66,3	0,15
TOURE O I et al. [15] n=193 Mali 2018	28	0,11	12	0,0000
Augustinas B et al. [28] n= 138 Lutanie 2021	1,5	0,0000	98,5	0,0000
KOURIBA S. [12] n=857 Mali 2021	21,62	0,015	63,24	0,23
Notre étude n=227 Mali 2022	36,56%		57,71%	

L'envahissement ganglionnaire étant un facteur pronostique majeur, la qualité du curage ganglionnaire est essentielle pour plusieurs raisons. En plus de son rôle thérapeutique, elle doit permettre de classer plus précisément la pathologie cancéreuse, permettant de comparer les groupes de patients et d'évaluer précisément les thérapeutiques nouvelles.

Le curage ganglionnaire le plus pratiqué dans notre étude est celui du D2 36,56% ; statistiquement comparable au résultat de TOURE O I et al [15] 12% ; mais non comparable à ceux de GHIZLANE HILAL et al [29] 66,3% ; de Augustinas B et al.[28] 98,5%, et de KOURIBA S. [12]63,24%

Tableau XLVI: Types d'anastomoses et auteurs

Auteurs	Bilroth I		Bilroth II	
	%	P	%	P
GHIZLANE H et al [29]. n=116 Maroc 2016	10,59	0,0000	36,47	0,5
TOURE O I et al [15]. n=193 Mali 2018	0,82	0,0000	31,97	0,38
KOURIBA S. [12] n=857 Mali 2021	13,7	0,000	14,19	0,000
Notre étude n=227 Mali 2022	59,03%		34,80%	

L'anastomose digestive après exérèse du cancer doit permettre un certain confort au patient tout en s'assurant que les berges d'anastomose soient saines. L'anastomose la plus rencontrée dans notre étude est la gastroduodénale 59,03%, statistiquement différent des résultats de l'étude marocaine, de TOURE O I et al [15] 0,82% ; et de KOURIBA S. [12] 13,7, cela pourrait s'expliquer par le biais de sélection de l'échantillon.

3.5. Aspects pronostiques

Tableau XLVII: Morbi-mortalité post-opératoire immédiate et auteurs

	Morbidité		Mortalité (%)	
	%	P	%	P
Martin T et al [30]. n= 1181 USA 2015	34,6	0,0000	-	-
Okumura [31] Japon 2014	-	-	8,2	0,05
DIOP B. et al [32]. n=36 Sénégal 2017	11,7	0,005	5,8	0,14
KOURIBA S. [32] n=857 Mali 2021	4,45	0,34	11,63	0,005
Notre étude n=227 Mali 2022	1,76		2,20	

Divers états de morbidité même de mortalité sont associés au traitement du cancer de l'estomac. Nous retrouvons une morbidité de 1,76% statistiquement comparable au résultat de KOURIBA S. [12] 4,45%. La mortalité retrouvée dans notre étude est de 2,20%, en adéquation statistique avec les études de Okumura [114] 8,2%, de DIOP B. et al [32] 5,8% ; mais différent de celui de KOURIBA S. [12] 11,63%

CONCLUSION

Les cancers gastriques sont une pathologie fréquente dans le service de Chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE. La symptomatologie est pauvre et tardive surtout marquée par l'épigastrie. Le diagnostic est posé par la fibroscopie oeso-gastro-duodénale couplée à l'histologie de la biopsie. La découverte et la prise en charge précoces de la pathologie permettent d'obtenir un meilleur résultat. Néanmoins le pronostic à long terme est réservé.

REFERENCES

- 1- Larousse dictionnaire médical p1113
- 2- Encyclopédie Médico-Chirurgicale 40-330-A, p1
- 3- M. Nakagawa, K. Kojima, M. Inokuchi, K. Kato, H. Sugita, S. Otsuki et al
“Identification of frequency, severity and risk factors of complications after open gastrectomy: Retrospective analysis of prospectively collected database using the ClavienDindo classification,” J. Med. Dent. Sci., vol. 63, no. 2–3, pp. 53–59, 2016
- 4- TNCD - Chapitre 2 : Cancer de l’estomac - 17/10/2022, p3
- 5- Eric M. Groh, Noorie Hyun, David Check, Theo Heller, R. Taylor Ripley, Jonathan M. Hernandez, Barry I. Graubard, Jeremy L. Davis. Trends in Major Gastrectomy for Cancer: Frequency and Outcomes. Journal of Gastrointestinal Surgery.2018. DOI:10.1007/s11605-018-4061-x
- 6- Koffi E, Kouassi C, Le cancer gastrique : aspects épidémiologique et prise en charge en milieu tropical. Médecine d’Afrique Noire, 1999, 46 (1) : 52- 55
- 7- Ayite A E, Adodo K, Dosseh E, Abita T, Ocloo A : Prise en charge du cancer primitif de l’estomac au CHU de Lomé. A propos de 63 cas. Tunis Méd 2004 vol. 82 (8) : 747-752
- 8- Thèse de médecine FMOS 2021 : Sana KOURIBA, p66
- 9- M.Chevallay, M. Jung, P. Morel, S.Mönig, <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-630/cancer-de-l-estomac-prise-en-charge-et-traitement-multidisciplinaire>
- 10- <https://www.chirurgie-lyon-mermoz.fr/cancerologie/cancer-de-lestomac/la-chirurgie-gastrique-coelioscopique-et-la-chirurgie-gastrique>
- 11- COLLEGE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE, SERVICE DOCUMENTATION – INFORMATION DES PUBLICS, Guide Affections de

longue durée (ALD) N°30 « Cancer de l'estomac ». https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1105137/fr/ald-n-30-cancer-de-lestomac Avenue du Stade de France - F93218 Saint-Denis la Plaine CEDEX TEL : +33 (0)1 55 93 70 00 - FAX : +33 (0)1 55 93 74 00

12- Thèse de médecine FMOS 2021 : Sana KOURIBA, p16

13- Hyuna Sung, PhD 1 ; Jacques Ferlay and all. Global Cancer Statistics2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA CANCER J CLIN 2021; 71:209–249

14- GBESSI DG, DOSSOU FM, SOTON RR, SETO DM, GNANGNON F, KOMADAN S, IMOROU-SOUAÏBOUY, LAWANI I, MEHINTO DK, OLORY-TOGBE JL. Aspects anatomocliniques du cancer de l'estomac au Bénin Le Bénin Médical N° 53 - Année 2013 p : 33-37.

15- TOURE IBRAHIM OUSMANE. Cancer de l'estomac : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs dans le Service de Chirurgie « B » du CHU du Point G. Thèse de Médecine, Bamako 2018

16- Thèse de médecine FMOS 2021 : Thèse Tangara.D

17- A. Togo · I. Diakité · B. Togo · Y. Coulibaly · L. Kanté · B.T. Dembélé et al. : Cancer gastrique au CHU Gabriel-Touré : aspects épidémiologique et diagnostique ; J. Afr. Cancer (2011) 3:227-231

18- KAZUAKI TANABE, TAKAHISA SUZUKI, NORIAKI TOKUMOTO ET AL. Advanced or recurrent gastric cancer. World journal of surgical oncology (2010) 8-40 124. B DIOP, AA DIA, PA BA, O SOW, O THIAM, I KONATE, M DIENG, SM SARRE Prise en Charge Chirurgicale des Tumeurs Gastriques à Dakar : à Propos de 36 Observations. Health Sci. Dis: Vol 18 (4), p :34-38. October – November – December 2017

Available at www.hsd-fmsb.org

- 19- HALA MANSOOR AND MUHAMMED ASIM YUSUF: Outcomes of endoscopy pylori stenting in malignant gastri coutlet obstruction: a retrospective study. BMC research notes 2013 ; 6 :280.
- 20- K A-Saleh et al. Clinicopathological criteria and prognostic factors in Kuwait. Journal of global oncology, 2018, 80s-80s
- 21- Robert PE. Gastrectomie pour adénocarcinome gastrique influence de l'étendue de la lymphadénectomie, étude rétrospective unicentrique portant sur 124 patients .These Med. Université François-Rabelais de Tours 2012
- 22- SISSOKO S M. Syndrome orificiel dans les cancers gastriques en chirurgie Générale du CHU Gabriel TOURE. Thèse de Médecine Bamako 2015.
- 23- M BAH, B TRAORE et al. Aspects diagnostiques et thérapeutique des cancers de l'estomac en milieu oncologique à Conakry. Revue Africaine de chirurgie et spécialités, 2019, 13(2), 5-10
- 24- KA Suleiman et al. Histopathological analysis of gastric cancers in university of Ilorin teaching hospital: a 20-year review. J BiomedRes. Clin Pract ; 2021 Vol 4 ; No1.
- 25- ParsanKasakar, Pradeed Vaidya. Clinicopathological Review of resecable gastric cancer at a tertiary level teaching hospital of Nepal, JIOM Nepal. April 2020; 42(1) : 74
- 26- Mohamed Farouk Akl, Mohamed AwadIbrahim, Ashraf Khater,Eman El-zahaf, Kamel Farag,,Heba Abdallah. Etiologiqueand clinicopathological correlates of gastric carcinoma in the Egyptian Delta. Indian journal of surgical oncology 2018; 9(4): 472-476.
- 27- M Fadlouallah et al. Le cancer gastrique : aspects épidémiologiques au Maroc, Journal Africain du cancer. 2015, 7(1),8-15.

28- Augustinas Bausys, MD1,2 ,Toomas U" marik,et al. Impact of the intervalbetweenNeoadjuvantchemotherapy and gastrectomy on short- and long-termoutcomes for patients withadvancedgastric cancer. Ann Surg Oncol 2021 ; <https://doi.org/10.1245/s10434-020-09507>

29- GHIZLANE HILAL Adénocarcinome gastrique : étude analytique Thèse de Médecine n°051/16 Maroc 2016

30- Jeremiah T Martin, Angela Mahan, Joseph B Zwischenberger,et al. Should Gastric Cardia Cancers Be Treated with Esophagectomy or Total Gastrectomy. A Comprehensive Analysis of 4,996 NSQIP/SEER Patients from the Department of Surgery, The University of Kentucky, Lexington, KY. J Am Coll Surg 2015, 220:510-520.

31- YASUHIRO OKUMURA, HIROHARU YAMASHITA, SUSUMU AIKOU AND AL. Palliative distal gastrectomy offers no survival benefit over gastrojéjunostomie for gastric cancer without let obstruction: retrospective analysis of an 11-year experience. World journal of surgicaloncology2014; 12:364

32- B DIOP, AA DIA, PA BA, O SOW, O THIAM, I KONATE, M DIENG, SM SARRE Prise en Charge Chirurgicale des Tumeurs Gastriques à Dakar : à Propos de 36 Observations. Health Sci. Dis: Vol 18 (4), p : 34-38. October – November – December 2017 Available at www.hsd-fmsb.org

ANNEXES

ICONOGRAPHIE :

Titre : Gastrectomies pour cancer en chirurgie générale au CHU Gabriel Touré

Traoré M A.K.,

Introduction : Les gastrectomies sont des interventions lourdes avec une morbi-mortalité notable et un impact nutritionnel important.

But : Déterminer la fréquence de la gastrectomie, décrire les indications opératoires, Analyser les résultats obtenus en matière de morbi-mortalité et le pronostic.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective descriptive, réalisée de janvier 2000 à juin 2022. Ont été inclus tous les patients opérés pour cancer gastrique et confirmé par l'histologie. N'ont pas été inclus tous les malades opérés pour d'autres pathologies.

Résultats : Au cours de notre étude, 227 cas de gastrectomie pour cancer ont été réalisés. Le sexe ratio était de 1,52. L'ethnie bambara a été la plus représentée (39,83%). Les facteurs de risque retrouvés étaient la consommation des aliments conservés par salaison (72,69%), le tô avec potasse (70,92%) et l'automédication (76,65%), l'UGD (8,37%).

Les principaux motifs de consultation étaient l'épigastralgie (34,80%), le pyrosis (20,40%) et le méléna (19,38%). La majorité des patients était OMS 2 (56,39%) avec un IMC normal (69,91%) ; L'examen physique avait retrouvé une masse épigastrique dans (50,22%) et une sensibilité épigastrique dans 99,56% des cas. Le siège de la tumeur était antrale (40,27%), d'aspect ulcéro-bourgeonnant (79,74%) Le diagnostic reposait sur la clinique et l'anatomopathologie des pièces de biopsie et d'exérèse. Le stade d'évolution pTNM ; 3A (30,84%), 2B (21,59%), 3B (16,30%).

Le traitement a été curatif (85,02%) et palliatif (14,92%). La gastrectomie des 4/5 (82,38%) résection R1 (40,97%), R0 (35,68%), R2 (23,35%), suivie de curage ganglionnaire D2 (48,90%), D1 (27,75%), D1,5 (8,81%), suivi de l'anastomose gastro-jéjunale (59,03%), gastro-duodénale (34,80%), oeso-gastrique (4,41%).

La chimiothérapie péri-opératoire a été réalisée chez 47 (20,70%). Les suites opératoires immédiats ont été simples (96,03), compliquées de fistule digestive (0,88%), suppuration pariétale (0,88%), décédé (2,20%). Les suites opératoires à 6 mois ; simples (7,05%), vomissements (3,52%), dumping syndrome (0,44%), décédé (14,54%), perdu de vue (71,37%).

Conclusion : la gastrectomie est un geste lourd dont le pronostic dépend d'une bonne maîtrise de la technique avec curage satisfaisante et la préparation psycho-nutritionnelle du malade.

Mots clés : Gastrectomie, Cancer gastrique, Chirurgie générale.

Fiche d'enquête

Identification du malade :

Q1 : N° du dossier du malade :

.....
..... / _ / _ /

Q2 : Nom

: Prénom.....
..... 127

Q3 : Age(Année) : / _ / _ / .

Q4 : Sexe :

.....
..... / _ /

1-Masculin

2-Féminin

Q5 : Résidence :

.....
.....

Q6 : Contact à Bamako :

.....
.....

Q7 : Région de provenance :

.....
... / _ /

- 1-Kayes 2-Koulikoro 3-Sikasso 4-Ségou 5-Mopti 6-Tombouctou
 7-Gao 8-Kidal 9-District de Bamako
 10-autres 11-Indéterminée

Si Autres à préciser :

.....

Q8- Ethnie

:.....

/_/_

- 1-Bambara 2-Sénoufo 3-Sarakolé 4-Khassonké 5-Peulh 6-Sonrhai

- 7-Dogon 8-Kidal 9-District de Bamako 10-autres 11-indéterminé

Si Autres à
 préciser.....

.....

Q9 : Nationalité

:.....

.../_/_

- 1-Malienne 2-autres 3-Indéterminée

Si Autres à

préciser

.....

Q10 : Principale occupation :

.....
.../_/

- 1-Cadre Supérieur 2-Cadre moyen 3-Militaire 4-Commerçant 5-
Cultivateur 6-Ouvrier
7- Éleveur 8-Ménagère 9-Autres 10-Indéterminée

Si Autres à

préciser.....
.....

Q11 : Statut Matrimonial :
...../
/

- 1-Marié(e) 2-Célibataire 3-Veuf(e) 4-Divorcé(e) 5-Autres
6-Indéterminé

SI Autres à préciser :

.....
.....

Q12 : Mode de recrutement

...../
/

- 1-Consultation ordinaire 2-Urgences 3-Autres 4-Indéterminé

Si Autres à

préciser
.....
.....

Q13 : Date d'hospitalisation en chirurgie générale :

.....

Q14 : Catégorie d'hospitalisation :

...../ /

1-1ère catégorie

2-2ème catégorie

3-

3ième catégorie

Q15 : Adressé(e) :

.....

...../ / /

1-Venu(e) de lui-même

2-Médecin

3-Infirmier

4-Autres

5-Indéterminé

Si Autres à préciser :

.....

.....

.....

Q16 : Durée d'hospitalisation en chirurgie générale :

.....

Renseignements cliniques

Q17: Motif de consultation :

.....

...../ / /

1-Epigastralgie

2-Vomissement

3- Hématémèse

4-Mélaena

5-Masse

abdominale

6-Amaigrissement

7- anorexie

8-Satiété précoce

9-Dysphagie

10- Indéterminé 11- Autres 12 :1+2 13 :1+9 14 :1+3

Si Autres à préciser :

.....
.....
.....

Q18 : Délai entre le début de la Maladie et la 1ère consultation Médicale :

...../ _ / _ /

1- inférieur à 1 mois 2- 1 à 6mois 3- 6mois à 1 an 4-
supérieur à 1an

5- Autres 6- Indéterminé

Si Autres à préciser :

.....
.....
.....

-Les signes fonctionnels

Q19 : Épigastralgie

.....
.....
...../ _ / _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminée

Q20 : Vomissement

.....
.....
...../ _ / _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminée

Q21 : Lourdeur gastrique

.....
.....
...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q22 : Anorexie

.....
.....
...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q23 : Dégout de la viande

.....
.....
...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q24 : Hématémèse

.....
.....
...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q 25 : Dysphagie

.....
.....

...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminée

Q26 : Sensation de plénitude

.....
.....

...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminée

Q27 : Amaigrissement

.....
...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q28 : Satiété précoce :

.....
.....

...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminée

Q29 : Mélaena :

.....
.....

...../ _ _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q30 : Signes pulmonaires :

.....

...../ _ / _ /

1-Toux 2-Hémoptysie 3-Non 4-Autres 5-Indéterminé

Si Autres à préciser :

.....

.....

.....

Q31 : Signes hépatiques :

.....

..... / _ / _ /

1-Ictère 2-Fetor 4-Non 5- autres 6-indéterminé

Si Autres à préciser :

.....

..... Q32 : Autres symptômes :

.....

..... / _ / _ /

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Si autres à préciser :

.....

.....

.....

.....
.....
.....

Antécédents

A/PERSONNELS

Q33 : A-t-il consulté un Tradipraticien :

...../
//

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q34 : Durée de cette consultation :

.....
...../_/_/

1-Environ 1mois 2-2 à 6mois 3-6mois à 1an 4-supérieur à
1an

5-Autres 6-Indéterminée

Si Autres à préciser :

.....
.....
.....

Q35 : A-t-il déjà consulté en milieu Médical :

...../_/_/

1-oui 2-Non 3-Indéterminé

Q36 : Ulcère Gastrique :

Q45 : Maladie héréditaire
familiale.....
...../ / /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q46 : Autres maladies
familiales.....
...../ / / 1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Si Autres à préciser :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C/Habitudes socio alimentaires :

Q46 : Consommation régulière de poisson fumé :

...../ / /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine 4-
Indéterminée

Q47 : Consommation régulière de poisson frais :
...../ / /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine
4-Indéterminée

Q48 : Consommation régulière de tabac à chiquer :

...../ _ / _ /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine
4-Indéterminée

Q49 : Consommation régulière de cigarette :

...../ _ / _ /

1=1paquet-année 2=2-5paquet-année 3=supérieur à 5 paquet-année 4-
Indéterminée

Q50 : Consommation de pâte d'arachide par semaine :

...../ _ / _ /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine 4-
Indéterminée

Q51 : Consommation de couscous par semaine :

...../ _ / _ /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine 4-
Indéterminée Q52 : Consommation de viande rouge par semaine :

...../ _ / _ /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine 4-
Indéterminée

Q53 : Consommation d'épices par repas :

...../ _ /
_ /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine
4-Indéterminée Q54 : Consommation de t^o (potasse) par semaine :

...../ _ / _ /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine 4-
Indéterminée

Q55 : Consommation d'alcool (degré) :

.....
/ _ / _ /

1-Alcool faible 2-Alcool fort 3-Indéterminée

Q56 : Consommation de cola :

.....
...../ _ / _ /

1=1fois /semaine 2=1-4fois/semaine 3=supérieure à 4fois/semaine 4-
Indéterminée

Q57 : Consommation de conserves :

.....
...../ _ / _ /

1-1fois /semaine 2- 1 à 4fois/semaine 3- supérieure à 4fois/semaine
4-Indéterminée

Q58 : Mode de conservation :

.....
...../ _ / _ /

1-réfrigération 2-salaison 3-fumaison 4-séchage 5-fermentation
6-2+3 7-2+4 8-1+2+3 9-autres 10-Indéterminé

Si Autres à préciser :

.....
.....
.....

Q59 : Consommation de sel :

.....
...../ _ _ /

1-Salé 2-mi salé 3-sans sel 4-Indéterminée

Q60 : Consommation de fruits et légumes :

...../ _ _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q61 : Groupe sanguin et rhésus :

.....
...../ _ _ /

1-A(+) 2-B(+) 3-AB(+) 4-0(+) 5-A(-) 6-B(-)

7-AB(-) 8-0(-) 9-Indéterminé

Examen Physique Signes généraux : Etat général 134

Q62 : Indice de

karnofsky.....
.....

...../ _ _ /

1-100% 2-90% 3-80% 4-70% 5-60% 6-50% 7-40%

Q 67 : Ascite :

.....
.....

...../ _ / _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q68 : Autres signes généraux à préciser :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signes physiques

Q69 : Tumeur palpable :

.....
.....

.../ _ / _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q70 : Hépatomégalie :

.....
.....

...../ _ _ /

1-Oui

2-Non

3-Indéterminée

Q71 : Splénomégalie :

.....
.....

...../ _ _ /

1-Oui

2-Non

3-Indéterminée

Q 72 : Nodules pariétaux :

.....
..... / _ _ /

1-Oui

2-Non

3-Indéterminé

Q73 : Ganglion de Troisier :

.....
..... / _ _ /

1-Oui

2-Non

3-Indéterminé

Q 74 : Toucher rectale :

.....
.....

.../ _ _ /

1-sans anomalie

2-Tumeur intraluminaire palpable

3-Infiltration

de la paroi rectale 4-rectorragie

5-écailles de brumer

Q75 : Si Autres à préciser :

.....
...../ _ / _ /

Examens Para cliniques :

Q76 : Fibroscopie faite :

.....
..... / _ / _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q 77 : Biopsie faite :

.....
...../ _ / _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q78 : Aspect macroscopique à la fibroscopie :

...../ _ / _ /

1-Tumeur bourgeonnante 2-Ulcération 3-Ulcérobourgeonnante 4-
Indéterminé

Q79 : Cancer d' après la fibroscopie :

.....
...../ _ / _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q80 : Résultat d'après l'anatomie pathologie :

...../ _ / _ /

1-Confirmé 2-Non confirmé

Q 81 : Type d'image au TOGD :

Q 87 : Radiographie pulmonaire :

.....
...../ _ _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q88 : Métastases Pulmonaires :

.....
...../ _ _ / 1-Oui 2-Non 3-Indéterminé

Q89 : NFS faite :

.....
.....
...../ _ _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q90 : Anémie :

.....
.....
...../ _ _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q91 : VS faite :

.....
.....
...../ _ _ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q92 : VS Accélérée :

.....

.....

...../ / /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q93 : Biologie Hépatique faite :

.....

...../ / /

1=Normal 2=Cholestase 3=Insuffisance Hépatique 4-Non faite 5-

Autres

Q94 : Autres à préciser :

.....

.....

.....

Q95 : ACE :

.....

.....

...../ / /

1-élevé 2- Normal 3- Non fait 4-Bas 5-Indéterminé

Localisation Anatomique de la Tumeur

Q96 : Localisation de la tumeur :

...../

_ / _ /

1=Cardia 2=fundo-cardiale 3=fundique 4-fundo-antrale 5-
Antrale

6-Antro-pylorique 7-pylorique 8-Linite plastique 9-Indéterminée

Q97 : Si Autres à préciser :

.....
...../ _ _ /

Traitements :

Traitement curatif :

Q98 : But :

.....
.....
...../ _ /

1-exérèse 2-dérivation 3-exploration 4-biopsie

5-traitement symptomatique 6-Irradiation

Q99 : Méthodes :

.....
.....
...../ _ _ /

1-chirurgie 2-Médicale 3-Radiothérapie 4- chimiothérapie

5=1+3 6=1+4 7=1+3+4 8=3+4

Q100 : Techniques :

.....
.....

...../ / /

1-Gastrectomie polaire supérieure 2-Antrectomie 3-Gastrectomie des 4/5

4-Gastrectomie des 3/4 5-Gastrectomie totale 6-Chimiothérapie

Q101 : Curage ganglionnaire :

...../ / /

_ / _ /

1-D1 complet 2-D1 incomplet 3-D2 complet 4-D2 incomplet

5-D3 complet 6-D3 Incomplet 7-Non fait

Q102 : Type d'anastomose :

...../ / /

...../ / /

1-Péan 2-Polya 3-Finsterer 4-Roux 5-Indéterminé

Q103 : Chimiothérapie :

...../ / /

..... / / /

1=Non 2=3cures 3=supérieure à 3cures

Examen Anatomopathologique

Q103 Type de tumeur :

...../ / /

...../ / /

1=Carcinome épidermoïde 2=Adénocarcinome 3=Sarcome

4=Lymphome 5=Carcinome 6=Autres 7=Indéterminé

Q104 : Si Autres à préciser :

.....
.....
.....

Q105 : Autres précisions histopathologiques :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Q105 Ganglion :

.....
.....
...../ _ _ /

1-Envahi 2- Non envahi 3- indéterminé

Classification TNM (OMS 1998)

T : Tumeur N : Ganglion M : Métastase

Q106 : Stade évolutif TNM (stadification) :

...../ _ _ /

1=stade IA 2=stade IB 3=stade II 4=stade IIIA 5=stade III 6=stade
IV

Q107 : Classification de DUKES :

...../ /
_ /

1-Dukes A 2-Dukes B 3-Dukes C 4-Dukes D

Réanimation

Q109 Réanimation préopératoire :

...../ / /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q110 : Durée en jour :

.....
..... / / /

1=1 à 7jours 2=8 à 15jours 3=supérieur à 15 jours

Q111 : Réanimation post opératoire :

...../ / /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q112 : Durée en jour :

.....
..... / / /

1=1-7jours 2=8-15jours 3=supérieur à 15jours

Q113 : Patient décédé après l'intervention :

...../ / /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Suivi Postopératoire

Q 114 : Suites précoces :

.....
...../ _ / _ /

- 1-simples 2- abcès de la paroi 3-Eviscération 4-Péritonite
5-Fistule digestive
6-Décès 7-Autres 8- Indéterminé

Si Autre à préciser :

.....
.....
.....

Q115 : Date de sortie :

.....
.....
.....

Q116 : Durée d'hospitalisation en jour :

.....

Q117 : Mode de suivi à 1mois :

.....
.../ _ / _ /

- 1-venu de lui-même 2-sur rendez-vous 3-sur convocation par personne
contact
4-vu à domicile 6-Décédé 7-Autre

Q118 : Autre à préciser :

.....
.....
.....

Q119 : Suites Opératoire à 1 mois :

...../ /
_ /

1-simples 2-épigastralgie 3-Diarrhée 4-vomissement 5-
amaigrissement

6-Anémie 7-Décédé 8-Autre

Q120 : Autre à préciser :

.....
.....
.....

Q122 : Mode de suivi à 6 mois :

...../ /
_ /

1-simples 2-épigastralgie 3-Diarrhée 4-vomissements 5-
Amaigrissement

6-Anémie 7-Décédé 8-Autres 9-Indéterminé

Q123 : Autres à préciser :

.....
.....
.....

Q124 : ACE :

.....
.....
...../ _ _ /

- 1-élevé 2-Normal 3 -Non fait 4- Bas 5-Indéterminé

Q125 : Mode de suivi à 1ans :

...../
_ _ /

- 1-venu de lui-même 2-sur rendez-vous 3-sur convocation par personne
contact
4-vu à domicile 5-Autres

Q126 : SI Autres à préciser :

.....
...../ _ _ /

Q127 : suites à 1an :

.....
.....
...../ _ _ /

- 1-simples 2-épigastralgie 3-vomissements 4-Amaigrissement 5-
Anémie
7-Décédé 8-Autres 9-Indéterminé

Q128 : Autres à préciser :

.....
...../ _ _ /

Q 129: Fibroscopie faite à 1an :

...../

//

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q130 : Résultat :

.....

.....

...../_/_/

1- récidence Tumorale 2- Pas de récidence 3- indéterminé

Q131: Echographie faite à 1an :

...../_/

_/

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q 132: Résultat :

.....

.....

...../_/_/

1-Métastases Hépatiques 2-Pas de Métastases Hépatiques 3-Indéterminé

Q133 : ACE :

.....

.....

...../_/_/

1-élevé 2-Normal 3 -Non fait 4- Bas 5-Indéterminé

Q134 : Mode de suivi à 2ans :

...../ /
_ /

- 1-venu de lui-même 2-sur rendez-vous 3-sur convocation par personne contact
4-vu à domicile 5-Autres

Q135 : Autres à préciser :

...../
—

Q136 : Suites à 2ans :

.....
...../ / /

- 1-simples 2-épigastralgie 3-vomissements 4-Amaigrissement
5-Anémie 7-Diarrhée 8-Troisier 9-Décédé 10-Autres 11-
Indéterminé

Q137 : Autres à préciser :

.....
...../ / /

Q138 : Fibroscopie faite à 2ans :

...../
_ / /

- 1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q139 : Résultat :

.....
.....

...../ _/ _/

1- récidence Tumorale 2- Pas de récidence 3- indéterminé

Q 140 : TOGD faite à 2 ans :

.....

...../ _/ _/

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q141 : Résultat :

.....

.....

...../ _/ _/

1- récidence Tumorale 2- Pas de récidence 3- indéterminé

Q 142 : Echographie faite à 2ans :

...../ _/ _/

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q143 : Résultat :

.....

.....

...../ _/ _/

1-Métastases Hépatiques 2-Pas de Métastases Hépatiques 3-
Indéterminé

Q145 : ACE :

.....

.....

...../ _ _ /

1-Elevé 2-Normal 3 -Non fait 4- Bas 5-
Indéterminé

Q146 : Mode de suivi à 5ans :

...../ _ _ /

1-venu de lui-même 2-sur rendez-vous 3-sur convocation par
personne contact

4-vu à domicile 5-Autres

Q147 : Autre à préciser :

.....

.....

.....

Suites à 5ans :

.....

.....

.....

1-simples 2-épigastralgie 3-vomissements 4-Amaigrissement
5-Anémie 7-Diarrhée 8-Troisier 9-Décédé 10-Autres
11-Indéterminé

Q148 : Autres à préciser :

.....

...../ _ _ /

Q149 : Fibroscopie faite à 5ans :

1-Métastases Hépatiques 2-Pas de Métastases Hépatiques 3-Indéterminé

Q155 : ACE :

.....
...../ _ _ /

1-Elevé 2-Normal 3 -Non fait 4- Bas 5-
Indéterminé

Q156 : Mode de suivi à 10ans :

...../ _ _ /

1-venu de lui-même 2-sur rendez-vous 3-sur convocation par
personne contact
4-vu à domicile 5-Autres

Q157 : Autre à préciser :

.....
.....
.....

Q158 : Suites à 10ans :

.....
.....
.....

1-simples 2-épigastralgie 3-vomissements 4-Amaigrissement 5-
Anémie
7-Diarrhée 8-Troisier 9-Décédé 10-Autres 11-
Indéterminé

Q159 : Autres à préciser :

.....
.....
.....

Q 160: Fibroscopie faite à 10ans :

...../ /
_ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q 161: Résultat :

...../ / /

1- récidence Tumorale 2- Pas de récidence 3- indéterminé

Q162: TOGD faite à 10 ans :

...../ /
_ /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q163: Résultat

:...../ / /

1- récidence Tumorale 2- Pas de récidence 3- indéterminé

Q164: Echographie faite à 10ans :

...../ / /

1-Oui 2-Non 3-Indéterminée

Q 165: Résultat :

.....

.....

...../ / /

1-Métastases Hépatiques 2-Pas de Métastases Hépatiques 3-Indéterminé

Q166: ACE :

...../

_ / _ /

1-Elevé 2-Normal 3 -Non fait 4- Bas 5-
Indéterminé