

Cancers du grêle

LE TRAITEMENT DES ADÉNOCARCINOMES

LA CHIRURGIE

Dans un premier temps, chirurgien explorera précisément l'ensemble de la cavité abdominale afin de s'assurer de la pertinence de la résection intestinale. Elle consiste en une exérèse de la partie d'intestin envahie par la tumeur avec d'une marge de sécurité d'au moins 5 cm. Au terme de la résection, les deux extrémités de l'intestin grêle sont ensuite suturés l'un à l'autre afin de rétablir la continuité de l'intestin.

La type d'intervention est lié à la localisation de la tumeur sur l'intestin grêle.

Si la lésion siège sur le duodénum, une duodéno-pancréatectomie céphalique est indiquée en cas de tumeur de la deuxième portion du duodénum et pour les tumeurs infiltrantes proximales et distales. Un curage ganglionnaire régional doit être effectué.

Si la tumeur affecte le jéjunum et iléon, une résection segmentaire avec curage ganglionnaire et anastomose jéjuno-jéjunale ou iléo-iléale est l'option habituelle.

Si le cancer affecte la dernière anse iléale ou valvule iléo-caecale, l'intervention consiste en une résection iléo-caecale ou hémicolectomie droite avec résection de l'anse iléale atteinte et ligature de l'artère iléo-colique à son origine, permettant le curage ganglionnaire.

En règle générale, la quantité d'intestin réséquée est limitée et n'aura par conséquent, pas d'impact significatif sur la digestion des différents nutriments, notamment de certaines vitamines. Toutefois, il existe des cas particuliers nécessitant la résection d'une partie limitée mais spécifiquement impliquée dans l'absorption d'une vitamine particulière. Dans ce cas, il faudra alors compenser l'absorption intestinale, par exemple au moyen d'une injection intramusculaire régulière. Selon le stade, des traitements complémentaires pourront être indiqués :

Au stade I (T1-2, N0, M0), une chirurgie seule est la norme.

Au stade II (T3, T4, N0, M0), la chirurgie sera suivie ou non d'une chimiothérapie adjuvante, notamment pour les tumeurs T4.

Au stade III (tout T, N1, M0), la chirurgie est suivie d'une chimiothérapie adjuvante 6 mois par FOLFOX4 simplifié ou chez les patients sensibles à la toxicité liée à l'oxaliplatine, ou non candidats à cette chimiothérapie, chimiothérapie par une association 5FU-acide folinique par exemple LV5FU2 standard ou simplifié ou 5-FU oral : capécitabine ou UFT sera préconisée

Au stade IV, la chimiothérapie palliative améliore la survie. Les options sont une association de 5-FU ou de capécitabine avec l'oxaliplatine ou le cisplatine. En cas de contre-indication

au cisplatine et à l'oxaliplatine, le protocole LV5FU2.

La survie à 5 ans est de l'ordre de 57 % (55 % hommes & 59 % femmes) et de 44 % à 10 ans. Après traitement à visée curative, les éventuelles récurrences à distance peuvent affecter le foie ou le poumon ce qui définit le cadre du suivi post-traitement.

Une visite avec examen clinique tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans.

Une échographie abdominale ou un scanner abdomino-pelvien tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans

Une radiographie pulmonaire ou un scanner thoracique annuel pendant 5 ans

<https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/appareil-digestif/autres-cancers-du-tube-digestif/cancers-du-grele.html/>