

52^e CONGRÈS

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE CHIRURGIE

19 AU 22 MAI 2022

FAIRMONT LE MANOIR RICHELIEU

CHIRURGIE DIGESTIVE HAUTE ET INCLUSION

Traitements Palliatifs des Tumeurs GI Hautes

Mai-Kim Gervais MD FRCSC
Chirurgienne oncologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont



DIVULGATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

TYPE D'AFFILIATION	COMPAGNIES	PÉRIODE
Aucune	Aucune	Aucune



Objectifs de la présentation

- Connaître les différentes modalités non chirurgicales de palliation
- Sélectionner la mesure palliative appropriée pour les cancers de l'estomac
- Sélectionner la bonne approche chirurgicale et la bonne technique d'intervention chirurgicale palliative

Introduction

- 50 % des cancers gastriques se présentent avec de la carcinose péritonéale ou des métastases à distance au moment du diagnostic initial
- Survie des cancers gastriques stade IV : 12-16 mois
- La présence de métastases viscérales, de carcinose péritonéale et/ou une cytologie péritonéale positive corrèle avec la durée de survie

Cancer gastrique stade IV – Chimiothérapie palliative

- FOLFOX ou FOLFIRI
- Paclitaxel Ramucirumab
- Lonsurf
- Irinotecan
- Xeloda
- Nivolumab ou pembrolizumab (anti-PD1) en combinaison avec la chimio
- Trastuzumab en 1^{ère} ligne pour les cas HER2 +
- Trastuzumab-deruxtecan
- Entrectinib

NCCN version 2.2022

Fuchs C, et al. REGARD trial. Lancet 2014;383:31-39.

Wilke H, et al. RAINBOW trial. Lancet 2014;15:1224-35.

Cunningham D, et al. REAL 2 trial. NEJM 2008;358:36-46.

Shitara K, et al. TAGS trial. Lancet Oncol 2018;19:1437-48.

Cancer gastrique de stade avancé – Scénarios cliniques

- Saignement
- Occlusion
- Perforation



Cancer gastrique stade IV – Traitements symptomatiques

- Traitement endoscopique
- Radiothérapie
- Radiologie interventionnelle
- Chirurgie
- Soins support

Saignement dû au cancer gastrique

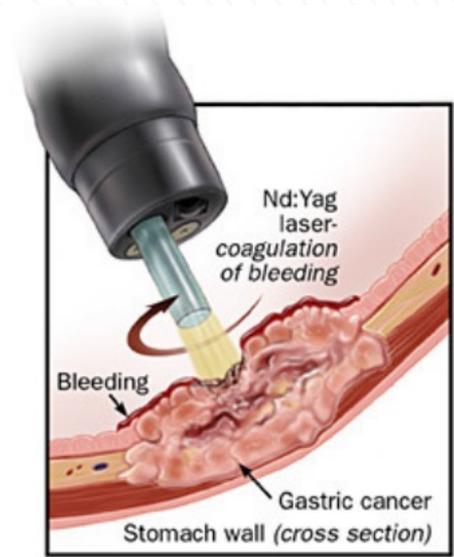


Classification de Forrest

- I a** Hémorragie active en jet (artériel).
Risque de récurrence hémorragique : 55%. Mortalité : 11%.
- I b** Hémorragie active en nappe.
Risque de récurrence hémorragique : 55%. Mortalité : 11%.
- II a** Hémorragie récente non active, vaisseau visible.
Risque de récurrence hémorragique : 40%. Mortalité : 11%.
- II b** Hémorragie récente non active, caillot adhérent.
Risque de récurrence hémorragique : 22%. Mortalité : 7%.
- II c** Hémorragie récente non active, tâches pigmentées.
Risque de récurrence hémorragique : 10%. Mortalité : 3%.
- III** Pas de signe hémorragique, cratère propre.
Risque de récurrence hémorragique : 5%. Mortalité : 2%.

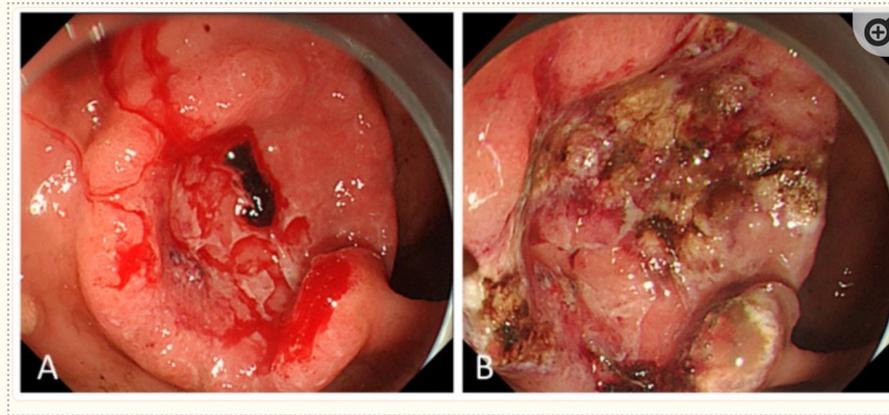
Saignement - Traitement endoscopique

- Techniques :
 - Coagulation à l'argon
 - Photocoagulation au laser
 - Électrocoagulation
 - Spray topique
 - Injection épinéphrine
 - Clip



Saignement - Traitement endoscopique

- Taux succès 73-100%
- Taux de re-saignement 30-40%
- Récidive de saignement directement relié avec la mortalité



Saignement - Radiothérapie

- Contrôle du saignement dans 75- 81% cas
- Récidive de saignement plus tardif (> 6 mois)
- Diminution de 50 % du nombre de transfusions
- Survie médiane : 4.8-8 mois
- Complications :
 - Vomissement
 - Gastrite / oesophagite
 - Anorexie
 - Occlusion digestive haute

Yu J, et al. BMC Cancer 2021;21(1):413.

Tanaka, et al.

Lee J, et al. Radiat Oncol 2021

Tey J, et al. Oncotarget 2017;8(15):25797-25805

Saignement - Radiothérapie

- Dose variable (25-30 Gy)
- Niveau d'évidence bas pour recommander un dosage spécifique
- Meilleur contrôle avec dose de RT > 30 Gy ou lorsque combiné à chimiothérapie
- Méta-analyse d'études rétrospectives démontre succès similaire entre <39 Gy vs >39 Gy

Yu J, et al. BMC Cancer 2021;21(1):413.

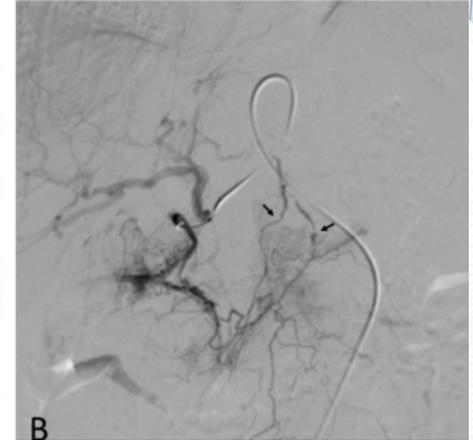
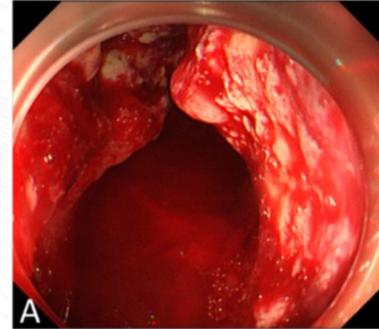
Lee J, et al. Radiat Oncol 2021

Tey J, et al. Oncotarget 2017;8(15):25797-25805

Saignement - Traitement radiologique

- Taux succès 40%-100%
- Pas d'étude comparative entre tx embolisation et tx endoscopique
- Suite à un échec de tx endoscopique ou une contre-indication

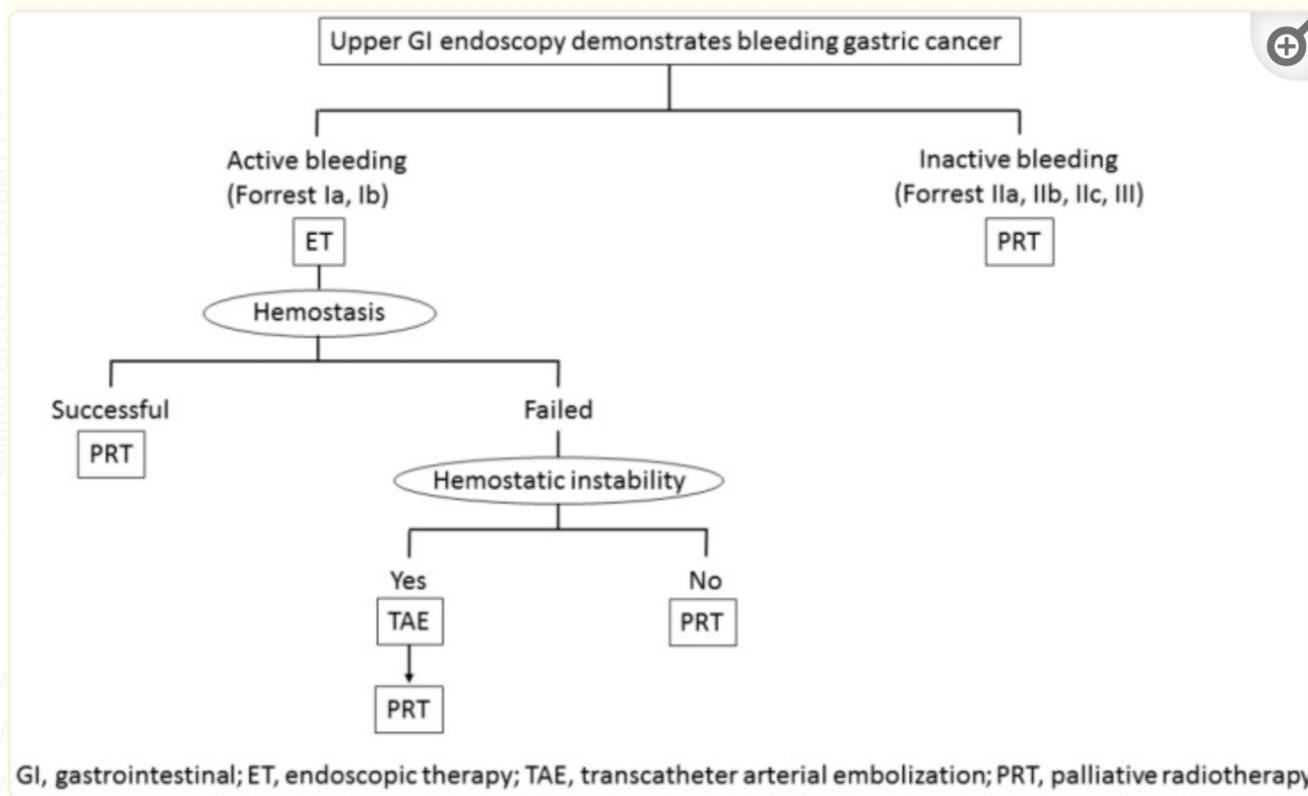
- Enjeux :
 - Mucosite qui crée un saignement diffus
 - Vaisseau envahit par la tumeur



Saignement - Traitement radiologique

- Angioscan : saignement tumoral sans extravasation à l'angiographie
- A gastrique G le plus souvent embolisé +/- combiné à autre vaisseau
- Complications : (< 2%)
 - Néphropathie à agent contraste
 - Trauma au site de ponction
 - Embolisation non sélective
 - Ischémie mésentérique

Saignement – Algorithme



Occlusion secondaire tumeurs GI hautes



Occlusion – Radiothérapie / Chimiothérapie

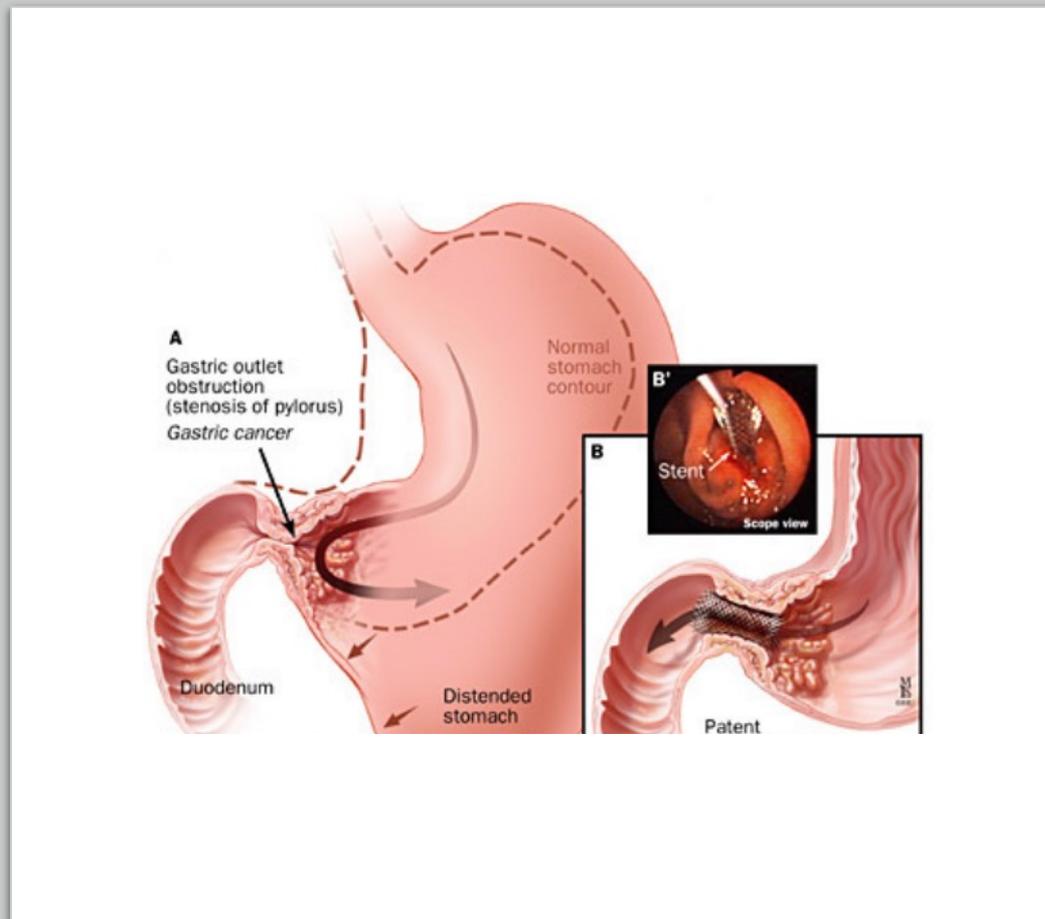
- Chimiothérapie :
 - Diminution de la masse tumorale si bonne réponse au traitement
 - Réponse peut être cliniquement visible après 1 seul cycle
- Radiothérapie :
 - Efficace dans 50-60 % cas
 - Succès objectivé à plus long terme (à partir de 3-4 semaines)
 - Bénéfique pour saignement et le contrôle tumoral

Occlusion - Stent endoscopique

- Indication : lorsque patient est symptomatique
- Objectif : résoudre l'occlusion, reprise d'alimentation régulière et amélioration qualité de vie
- Succès à court terme 90%
- Moins de morbidité, mortalité et moindre coût
- Études démontrent même taux de complications et succès que gastrojéjunostomie
 - Durée hospitalisation plus courte
 - Résolution plus rapide des Sx
 - Taux de réintervention plus élevé

Occlusion - Stent endoscopique

- Risques:
 - Pyrosis
 - Malpositionnement
 - Perforation
 - Migration
 - Occlusion
 - Aspiration pulmonaire per procédure
 - Tumeur envahissant le stent



Occlusion - Options chirurgicales

- Gastro-jéjunostomie LSC ou ouverte
- Gastrectomie palliative

Revue systématique

- 44 publications, 2 RCT, études comparatives et études rétrospectives
- 1046 patients stent et 297 gastro-jéjunostomie
- Taux succès 96% et 100%
- Taux complications précoces 7% vs 6%
- Taux complications majeures 18% vs 17%
- Symptômes persistents 8% vs 9%

Revue systématique

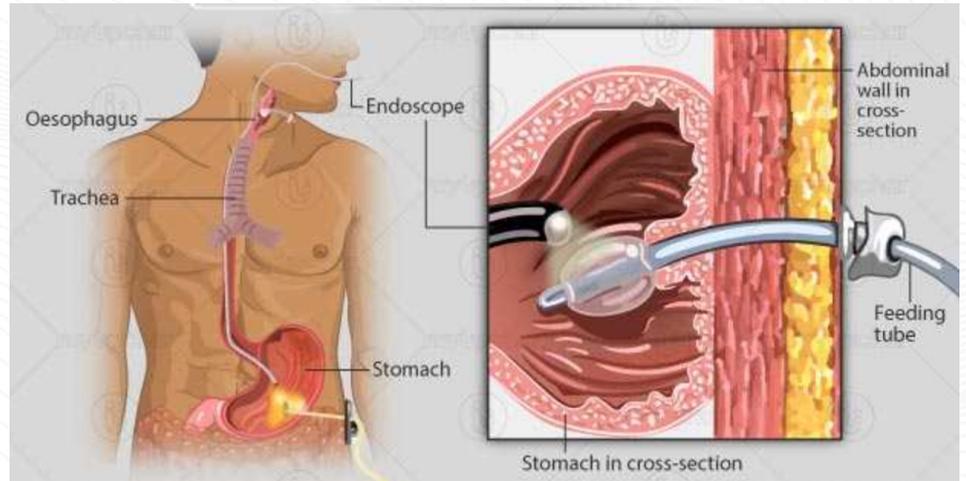
- Récidive symptômes 18% stent vs 1% gastrojéjunostomie
- Durée hospitalisation : 7 vs 13 jours
- Durée de survie moyenne : 105 jours vs 164 jours

Revue systématique

- Stent à privilégier chez patients avec pronostic de survie limité
- Meilleur succès à long terme avec gastro-jéjunostomie, mais morbidité plus importante et ECOG à évaluer
- Difficultés potentielles avec gastro-jéjunostomie :
 - Présence de carcinose
 - Saignement post chirurgie
 - Fuite anastomotique

Procédures palliatives et alimentation

- Gastrostomie décompression
- Gastrostomie percutanée endoscopique
- Tube naso-jéjunal pour alimentation entérale
- Jéjunostomie d'alimentation
- Alimentation parentérale

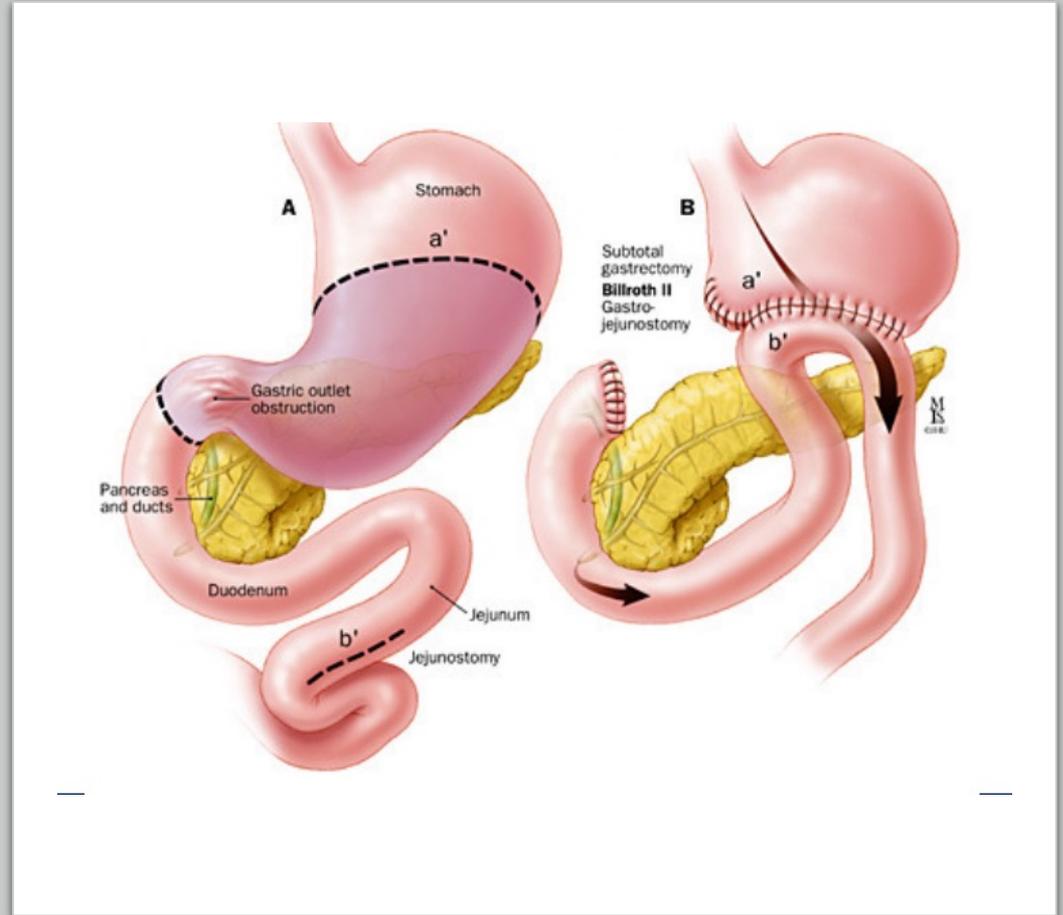


Gastrectomie en stade IV



Gastrectomie palliative

- Cas sélectionnés
- Techniquement difficile, potentiellement morbide
- Principes :
 - Résection partielle de l'estomac
 - Pas de lymphadénectomie
 - Anastomose gastro-jéjunale



Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non-curable factor (REGATTA): a phase 3, randomised controlled trial



Kazumasa Fujitani, Han-Kwang Yang*, Junki Mizusawa, Young-Woo Kim, Masanori Terashima, Sang-Uk Han, Yoshiaki Iwasaki, Woo Jin Hyung,*

- Étude contrôlée randomisée
- Évaluation si bénéfique de réséquer le cancer gastrique primaire dans un contexte métastatique
- Chimio seule vs gastrectomie + chimiothérapie palliative (S1 + cisplatine)
- Inclusion : patients avec cancer gastrique métastatique (méta hépatique, carcinose, méta ganglionnaire para-aortique)
- Résultats : aucun bénéfice de survie de réséquer la tumeur primaire (2-yr OS 32% vs 25%) quand la maladie métastatique n'est pas réséquée

Traitement agressif « palliatif » du cancer de l'estomac



Marvel



Gastrectomie, Cytoréduction et CHIP

- Cas hyper sélectionnés
 - Cytologie péritonéale positive seulement
 - Index carcinose péritonéale bas
- Patients ECOG 0-1
- Décision d'un traitement agressif
- Doivent avoir reçu chimiothérapie « d'induction »
- Cas à référer en centre tertiaire
- Étude clinique à venir

Glehen O. World J GastroEnterol 2016;21:1114-1130

Brenkman HJF, et al. J Clin Med 2019;8:1685.

Perforation Gastrique



Perforation gastrique – Traitements de support

- Réanimation volémique
- Antibiothérapie IV
- Gestion de la douleur
- Tube nasogastrique
- IPP
- Si abcès intra-abdominal : évaluation pour drainage percutané

Perforation gastrique – Chirurgie

- Si perforation avec pneumopéritoine important / péritonite :
- Évaluation si candidat chirurgical
 - Patch d'épiploon
 - Drainage abdominal
 - Résection localisée

Option de soins de confort

- Déterminer le niveau de soins
- Évaluer la capacité fonctionnelle du patient
- Évaluer les ressources disponibles à la maison et dans son milieu de vie
- Optimiser l'analgésie, les anti-nausées, décompresser l'estomac, hydrater le patient
- Ne pas débuter de nutrition parentérale futilement
- Impliquer les soins palliatifs précocément dans le dossier

Conclusion

- Les tumeurs gastriques de stade avancé sont à risque de développer des symptômes sévères qui nécessitent des traitements appropriés
- La chimiothérapie demeure le standard de traitement chez les patients métastatiques peu symptomatiques
- La radiothérapie est une excellente option en cas de saignement
- En occlusion, le stent endoscopique peut être utilisé chez les patients avec un pronostic limité. La gastro-jéjunostomie est un traitement plus définitif pour les patients avec un meilleur statut fonctionnel.
- Le support nutritionnel et la gestion des douleurs et nausées sont essentiels.

Merci !

- Questions, Commentaires
- mai-kim.gervais.med@ssss.gouv.qc.ca



RÉFÉRENCES

Hashimoto K, Mayahara H, Takashima A, et al. Palliative radiation therapy for hemorrhage of unresectable gastric cancer: a single institute experience. J Cancer Res Clin Oncol 2009; 135:1117.

Tey J, Soon YY, Koh WY, Leong CN, Choo BA, Ho F, Vellayappan B, Lim K, Tham IW. [Palliative radiotherapy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis](#). Oncotarget. 2017 Apr 11;8(15):25797-25805. doi: 10.18632/oncotarget.15554.

Lee J, Byun HK, Koom WS, Lee YC, Seong J. [Efficacy of radiotherapy for gastric bleeding associated with advanced gastric cancer](#). Radiat Oncol. 2021 Aug 23;16(1):161.

Yu J, Jung J, Park SR, Ryu MH, Park JH, Kim JH, Yoon SM. [Role of palliative radiotherapy in bleeding control in patients with unresectable advanced gastric cancer](#). BMC Cancer. 2021 Apr 15;21(1):413.

RÉFÉRENCES

[Hideaki Kawabata](#), [Misuzu Hitomi](#), [Shigehiro Motoi](#). Management of Bleeding from Unresectable Gastric Cancer. Biomedicines 2019 Jul 24;7(3):54.

Jeurnink SM, van Eijck CH, Steyerberg EW, et al. Stent versus gastrojejunostomy for the palliation of gastric outlet obstruction: a systematic review. BMC Gastroenterol 2007; 7:18.

Wu KL, Tsao WL, Shyu RY. Low-power laser therapy for gastrointestinal neoplasia. J Gastroenterol 2000; 35:518.

Zhang JZ, Lu HS, Huang CM, et al. Outcome of palliative total gastrectomy for stage IV proximal gastric cancer. Am J Surg 2011; 202:91.

Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974;17;2:394-397.

RÉFÉRENCES

Chang YR, Han DS, Kong SH, et al. The value of palliative gastrectomy in gastric cancer with distant metastasis. Ann Surg Oncol 2012; 19:1231.

Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, et al. Effect of Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Surgical Resection on Survival in Patients With Limited Metastatic Gastric or Gastroesophageal Junction Cancer: The AIO-FLOT3 Trial. JAMA Oncol 2017; 3:1237.

Schmidt B, Look-Hong N, Maduekwe UN, et al. Noncurative gastrectomy for gastric adenocarcinoma should only be performed in highly selected patients. Ann Surg Oncol 2013; 20:3512.

Fujitani K, Yang HK, Mizusawa J, et al. Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non-curable factor (REGATTA): a phase 3, randomised controlled trial. Lancet Oncol 2016; 17:309.

RÉFÉRENCES

Takeo A, Takiguchi S, Fujita J, et al. Clinical outcome and indications for palliative gastrojejunostomy in unresectable advanced gastric cancer: multi-institutional retrospective analysis. Ann Surg Oncol 2013; 20:3527.

Gastric Cancer. NCCN version 2.2022

Jianjigian YY, Shitara K, Moehler M, et al. First-line nivolumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric, gastro-esophageal junction, and esophageal adenocarcinoma (Checkmate 649) : a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet 2021;398:27-40.

Emma Upchurch, Mark Ragusa, Roberto Cirocchi. Stent placement versus surgical palliation for adults with malignant gastric outlet obstruction. Cochrane Database Syst Rev 2018 May 30;5(5):CD012506.