

# DE LA PRATIQUE DU DEPISTAGE EN CANCEROLOGIE DIGESTIVE

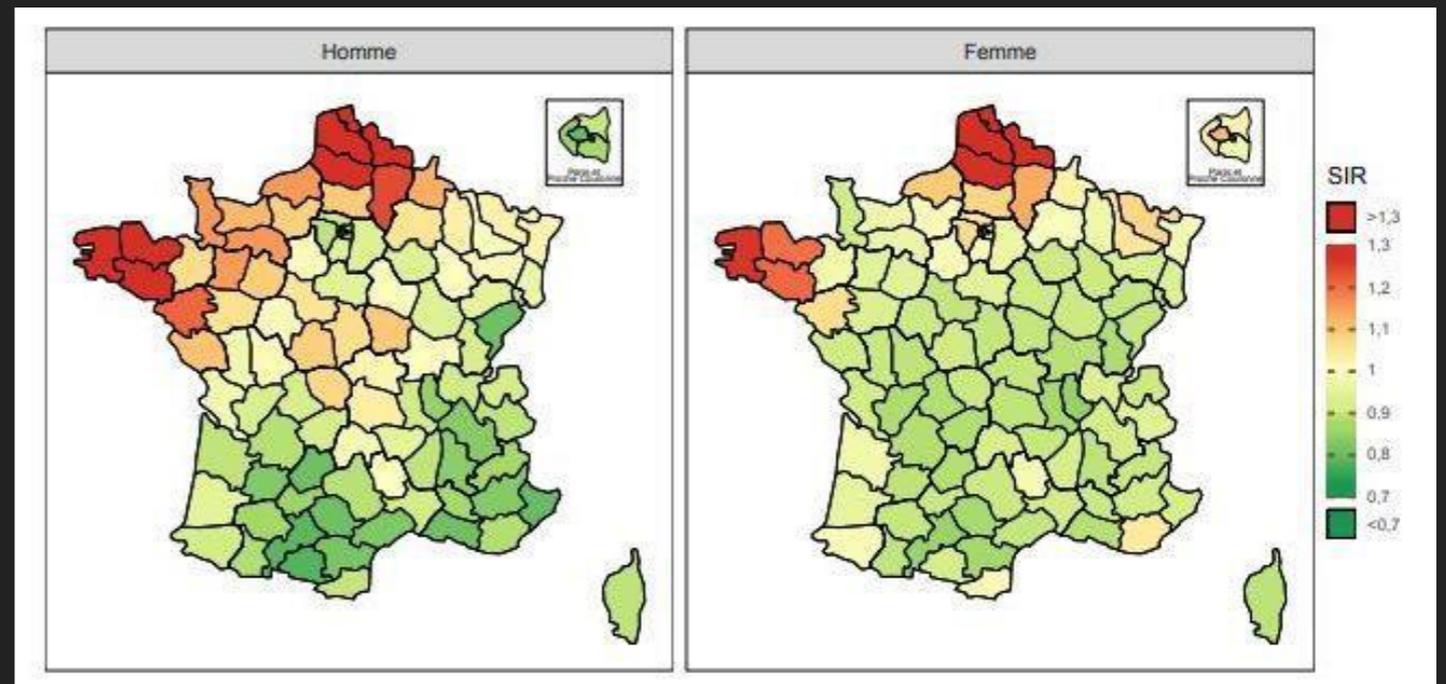
---

ONCOMEL- 9/03/2022

DR PEGGY FOURNIER

# OESOPHAGE

- ▶ Incidence: 3eme K digestif, 5500 nouveau cas/an
  - ▶ Pic d'incidence dans le Calvados: 60/100000,
  - ▶ mais Hauts de France en haut du tableau.. Surincidence de 52% chez H et 43% chez F
  - ▶ SG 10% à 5 ans..

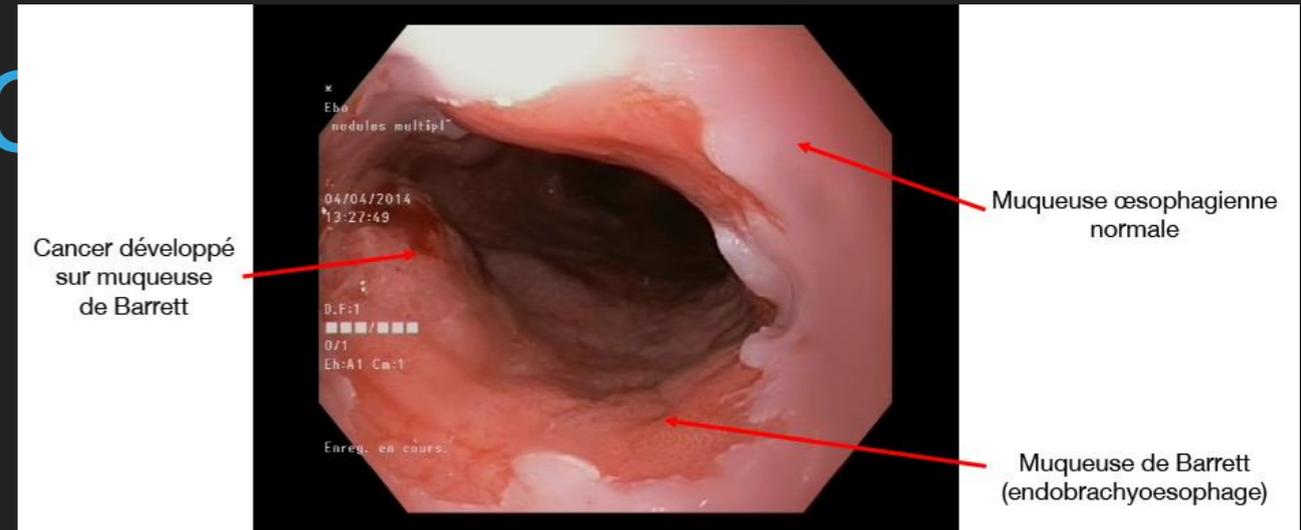


# CARCINOME EPIDERMOIDE



- ▶ Incidence en baisse: modification des comportements
- ▶ Fdr:
  - ▶ OH, Tabac
- ▶ Pas de recommandation de dépistage systématique hors SC ou ATCD de néo ORL

# ADENOCARCINOME OESO



- ▶ 60% des K oeso
- ▶ Tabac
- ▶ Obésité: risque augmenté de 55% pour 5 points d'IMC
- ▶ RGO+++++ => EBO : 95% des ADK surviennent sur un EBO
  - ▶ EBO avec métaplasie intestinale (Oesophage de Barret) concerne 10% des patients avec RGO
  - ▶ Risque absolu de dégénérescence d'un EBO: 0,12%/an
  - ▶ Risque de transformation 2,5 à 25% /an si dysplasie de bas et haut grade

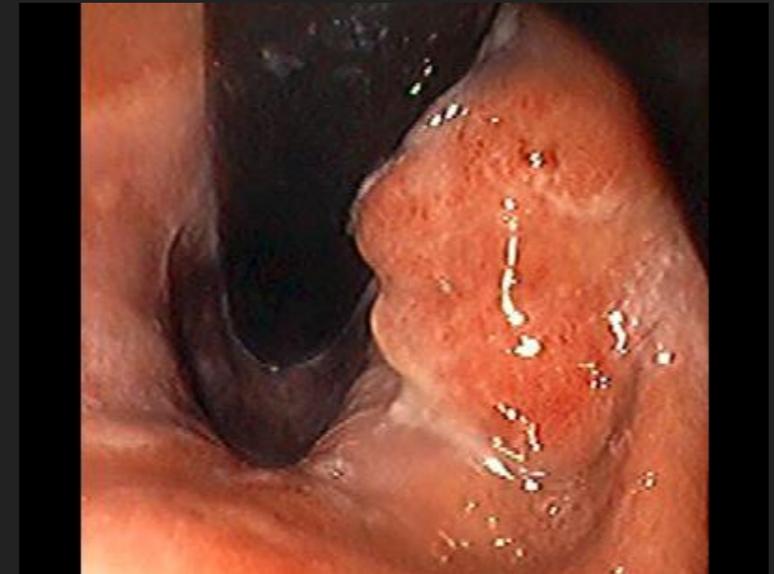
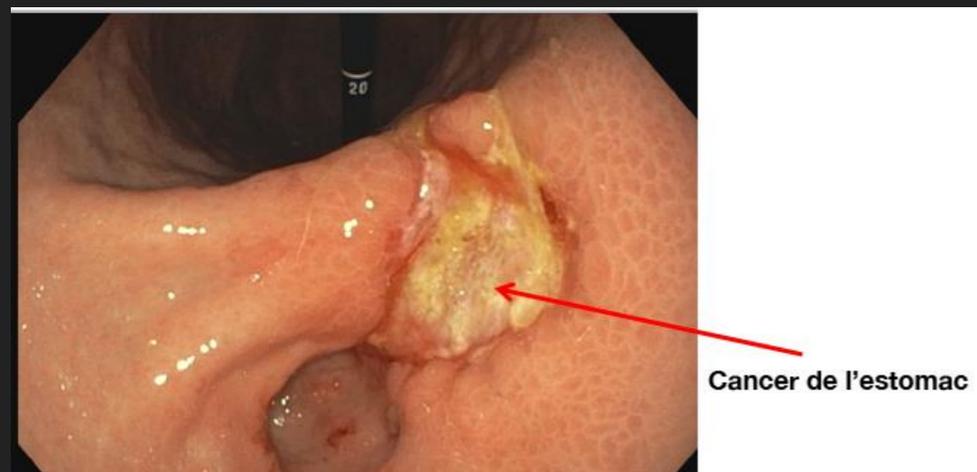
# ADENOCARCINOME OESOPHAGE

- ▶ FIBROSCOPIE pour tout patient de plus de 50 ans avec RGO (même si soulagé par les IPP)
- ▶ Si fibroscopie N: pas de surveillance...
- ▶ Si EBO: SURVEILLANCE avec biopsies étagées+++ tous les 2 à 5 ans (protocole de Seattle)
- ▶ FIBROSCOPIE si plusieurs Fdr avant 50 ans.

| Dysplasie          |   | Stratégie  |
|--------------------|---|--|
| Absente            | → | Endoscopie + biopsies<br>Tous les 2 ans si EBO long<br>Tous les 3 ans si EBO court     |
| Bas grade          | → | IPP double dose 3 mois puis<br>Endoscopie + biopsies                                   |
| Bas grade confirmé | → | Endoscopie + biopsies<br>Tous les 6 à 12 mois  |
| Haut grade         | → | IPP double dose 1 mois puis<br>Nouvelle cartographie/cm<br><br>Double lecture ana-path |

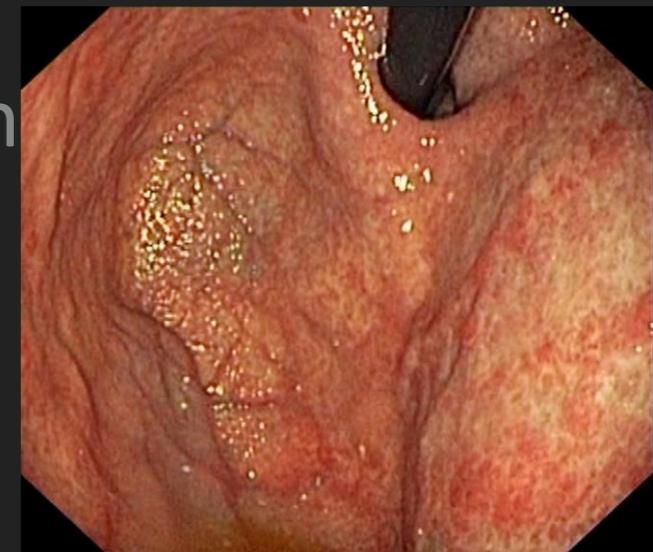
## ESTOMAC: ADK

- ▶ Incidence: 6500 nouveaux cas / an EN BAISSSE, rapport H/F 2,6
- ▶ survie globale: 25% à 5 ans
- ▶ Localisation évoluée: Cardia++++



## ESTOMAC: FDR

- ▶ Gastrite chronique: HP+++
  - ▶ (ulcère gastrique: contrôle de cicatrisation+++)
- ▶ Alimentation: salaison, fumaison ( en baisse)
- ▶ Gastrite atrophique:
  - ▶ Biermer (RR6,8) gastroscopie /3 à 5 ans en fonction de dysplasie,
  - ▶ IPP long court (RR 2,4? Mais étude in



# ESTOMAC

- ▶ Formes génétiques:
  - ▶ cancer gastrique diffus héréditaire :rare, <40 ans, mutation CDH-1, Autosomique Dominant, pénétrance 70% à 60 ans : gastrectomie prophylactique à 20 ans
  - ▶ Sd de LYNCH (HNPCC): 5 à 8% de risque de K gastrique, Fibroscopie au minimum tous les 4 ans
- ▶ Chirurgie de l'obésité: ?? recommandation de fibro préopératoire <6 mois- recommandée à 1 et 3 ans- obligatoire à 5 et 10 ans

# ESTOMAC

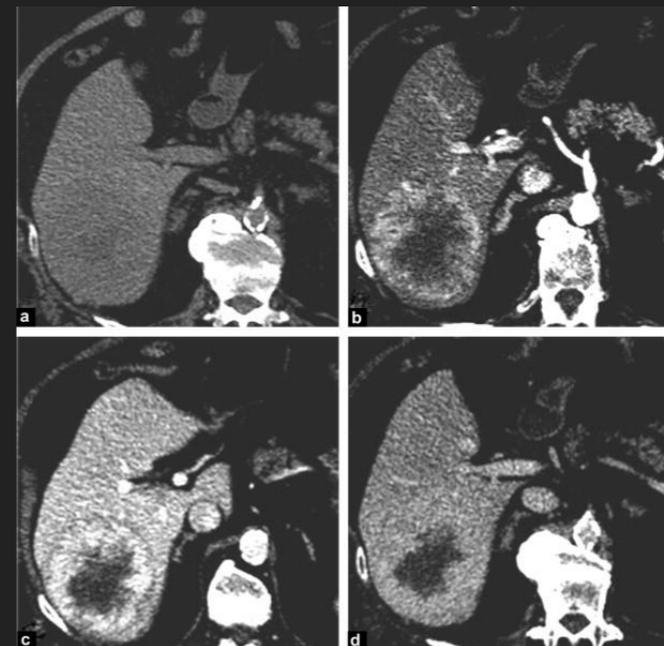
- ▶ ATCD familiaux
  - ▶ ATCD K gastrique au 1er degré: Dépistage HP
    - ▶ <45 ans: Helikit (ou serologie), sensibilité entre 93 et 100%
    - ▶ >45 ans: Gastroskopie
  - ▶ Éradication Helicobacter pylori
    - ▶ Pylera 3cp 4 fois par j+ Omeprazole 20mg 2 fois par jour pendant 10 jours
    - ▶ Test Helikit 1 mois après l'arrêt des antibiotiques et après au moins 15j d'arrêt des IPP

# CARCINOME HEPATOCELLULAIRE

- ▶ Incidence: 10 500 / an (2018)
- ▶ SG 30% à 5 ans, due à un diagnostic à stade avancé dans 60% des cas
  - ▶ SG à stade précoce: 50 à 70% à 5 ans!!
- ▶ Fdr:
  - ▶ Cirrhose: 75 à 80% des cas: dépistage par écho/6mois (sans dosage d'alpha-FP) permet de diagnostic à un stade curatif > 70 % des cas
  - ▶ Sd Metabolique++++: défini par Obésité + au moins 2 facteurs: HTA/ Intolérance au Glc/ Dyslipidémie => Steatose hépatique
    - ▶ Fréquence en augmentation en France +++ 22,5% H et 18,5% , devrait doubler d'ici 2030..
    - ▶ RR 2 , sans forcément de cirrhose sous jacente
  - ▶ Hépatopathie virale: VHB (0,6 à 3,5%/an) , VHC
  - ▶ Hémochromatose: surrisque \*200 en l'absence de désaturation en fer

# CARCINOME HEPATOCELLULAIRE

- ▶ Dépistage= Echographie hépatique
  - ▶ Semestrielle: cirrhose, hémochromatose non desaturée
  - ▶ Annuelle: VHB chronique, VHC non répondeur, stéatose hépatique (intérêt de l'IRM pour évaluation de la surcharge en graisse)



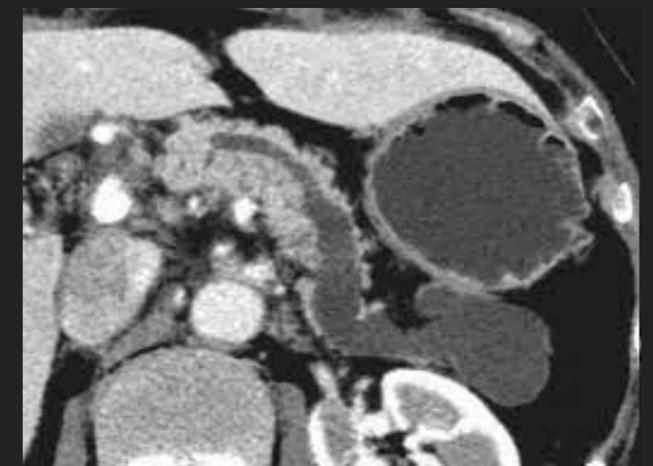
# PANCREAS

- ▶ Incidence: 14184 nouveaux cas/ an (2018)
- ▶ SG à 5 ans: 6%... et 25% à 5 ans en cas de chirurgie curative...
- ▶ Fdr: TABAC, obésité, Diabète, Pancréatite chronique

# PANCREAS



- ▶ Lésions précancéreuses:
  - ▶ **Cystadénomes mucineux**: F 40-50 ans: 30% risque dégénérescence => CHIR!
    - ▶ (surveillance peut se discuter si <3cm)
  - ▶ **TIPMP**: surtout en cas d'atteinte du canal principal 63% de K à 5 ans, 15% si canaux secondaires
  - ▶ **PanIN**
- ▶ Importance de la certitude diagnostique (Vs Cystadénome séreux, pseudokystes: aucun risque)
- ▶ => lésion pancréatique= avis gastro+++



# PANCRÉAS

- ▶ Situations à risque: origine familiale dans 10% cas
  - ▶ K pancréatique familial: pas de gène identifié dans 85%
    - ▶ 2 apparentés au 1er degré
    - ▶ 3 apparentés quelque soit le degré
  - ▶ Pancréatite chronique héréditaire (PRSS1)
  - ▶ Sd Peutz Jeghers: risque de 36%
  - ▶ Sd Melanome multiples familiaux: 17%
  - ▶ BRCA 1et 2: Risk \*3,5 à 10
  - ▶ Lynch
  - ▶ PAF
- ▶ => Consultation ONCOGÉNÉTIQUE ++++ et surveillance Echoendoscopie/IRM

# PANCREAS

- ▶ Lésion pancréatique: savoir définir la nécessité d'une surveillance
- ▶ ATCD familiaux: Consultation Oncogénétique

# CARCINOME EPIDERMOIDE DU CANAL AN

- ▶ Incidence: 2000 nouveau cas/ an , en augmentation +++
  - ▶ Augmentation de 160% chez H et 78% chez F en 30 ans aux EU
  - ▶ En France: augmentation de 5,4% par an...
- ▶ Fdr: HPV+++++++ 95% , HPV 16++ 18
- ▶ Populations à risque:
  - ▶ VIH (HSH VIH+: risque \*100)
  - ▶ HSH: risque \*19
  - ▶ ATCD de K génitaux HPV induits (ou autres K HPV induits: amy)
  - ▶ Tabac



- ▶ Pronostic
  - ▶ Grade I: chirurgie d'exérèse 95% guérison
  - ▶ Grade IV: RCT 50% guérison
    - ▶ Si échec: amputation abdominoperinéale
- ▶ Pb: séquelles des traitements...
  - ▶ Douleurs, périnées scléreux, séquelles sexuelles



## CANAL ANAL

- ▶ Pas de modalités définies en population générale...
- ▶ MAIS:
  - ▶ HIV: examen proctologique annuel (Rapport MORLAT)
  - ▶ Immunodépression >10 ans: Transplantation d'organe
  - ▶ HSH (sous prep+++): intérêt d'un dépistage systématique non défini mais risque \*19
  - ▶ ATCD de K génital HPV induit: « j'ai des hémorroïdes » => examen procto!!

## CANAL ANAL

- ▶ Modalités de dépistage:encore discutées
- ▶ Validées uniquement chez VIH HSH
  - ▶ Examen proctologique annuel avec anoscopie
- ▶ Frottis: discuté car Présence HPV (sans lésion) très fréquente surtout chez population à risque
  - ▶ 40% femme
  - ▶ 90% HIV



- ▶ Modalités:
  - ▶ Examen marge anale
  - ▶ Toucher bidigital
  - ▶ Anuscopie et biopsie au moindre doute
- ▶ Anuscopie haute resolution: peu accessible très chronophage.
  - ▶ Coloration Acide acétique et Lugol
  - ▶ Pas d'accès dans les HDF





- ▶ Arrêt TABAC
- ▶ VACCINATION: **GARDASIL UN VACCIN CONTRE LE CANCER**
- ▶ Exemple Australien: quasi disparition des HPV 6,11,16,18 chez les 11-24 ans 9 ans après la mise en route de la vaccination.
  - ▶ Recommandé 11 à 14 ans: M0, M6
  - ▶ Rattrapage de 15 à 19 ans: M0, M2, M6
  - ▶ HSH jusque 26 ans: M0, M2, M6
  - ▶ + a la demande après 26 ans en cas de Fdr (hors AMM-non remboursé)

# MESSAGES

---

- ▶ Œsophage:
  - ▶ RGO>50 ans= Fibro
  - ▶ <50 ans + Fdr=Fibro
- ▶ Estomac:
  - ▶ ATCD familiaux= recherche HP
  - ▶ IPP au long court... ?
- ▶ CHC: Cirrhose/ stéatose= Echo à vie
- ▶ Pancréas: certitude diagnostique des lésions
- ▶ Canal anal:
  - ▶ VIH= examen procto
  - ▶ Fdr: « hémorroïdes »= examen procto
  - ▶ VACCINATION ++++