

DE LA PRATIQUE DU DEPISTAGE EN CANCEROLOGIE DIGESTIVE

ONCOMEL- 7/03/2023

DR PEGGY FOURNIER- HÉPATOLOGO-GASTROENTEROLOGUE

LILLE

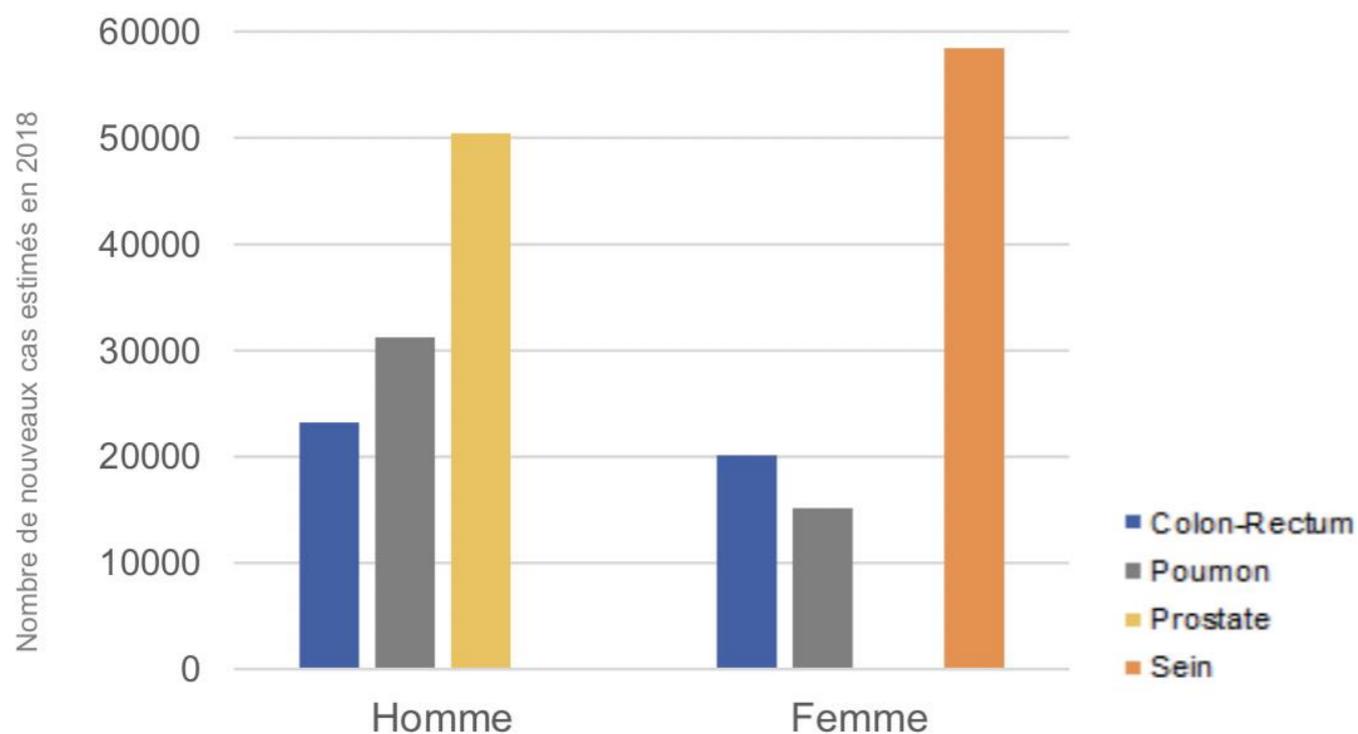
DIGESTIF

- ▶ 1 seul cancer avec critères de dépistage organisé: CCR
- ▶ K Oesophage
- ▶ K Gastrique
- ▶ CHC
- ▶ Pancréas
- ▶ Canal anal

En France, le cancer colorectal c'est le...

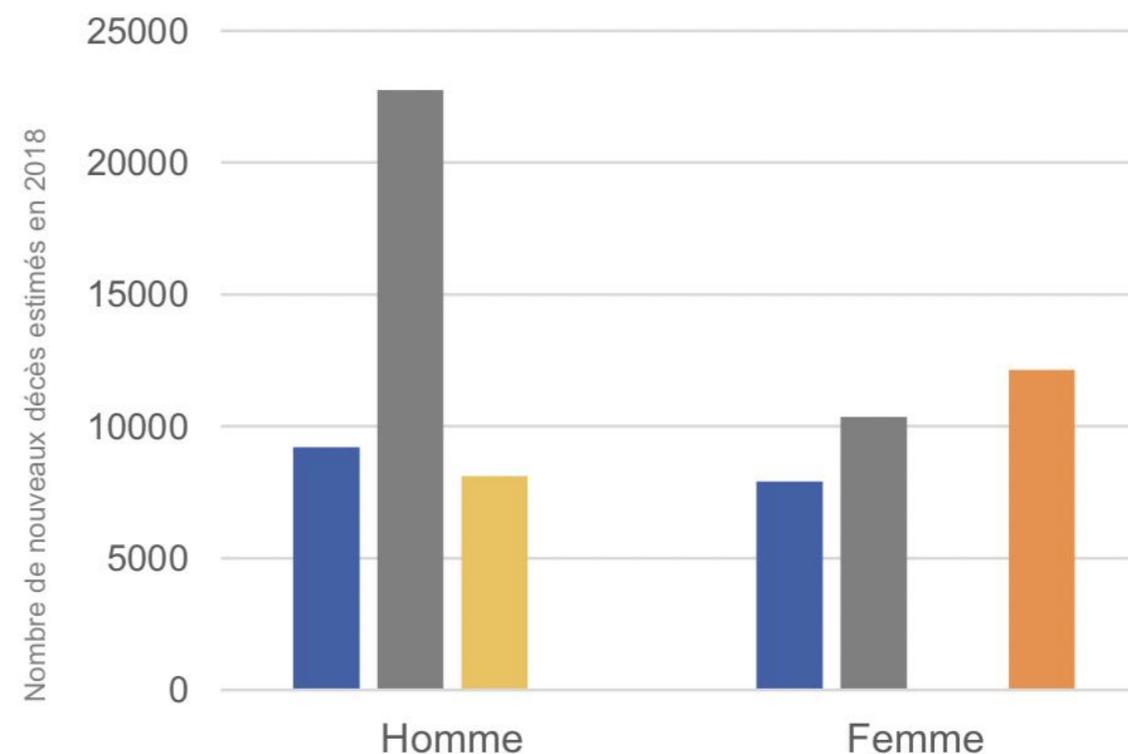
3^e cancer
en termes d'incidence

- 3^e chez l'homme
- 2^e chez la femme



2^e cancer
en termes de mortalité

- 2^e chez l'homme
- 3^e chez la femme



Prostate : estimation 2015

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

En France, le cancer colorectal c'est...

43 350

nouveaux cas / an

17 120

décès / an

54 %

Chez l'homme

46 %

Chez la femme

54 %

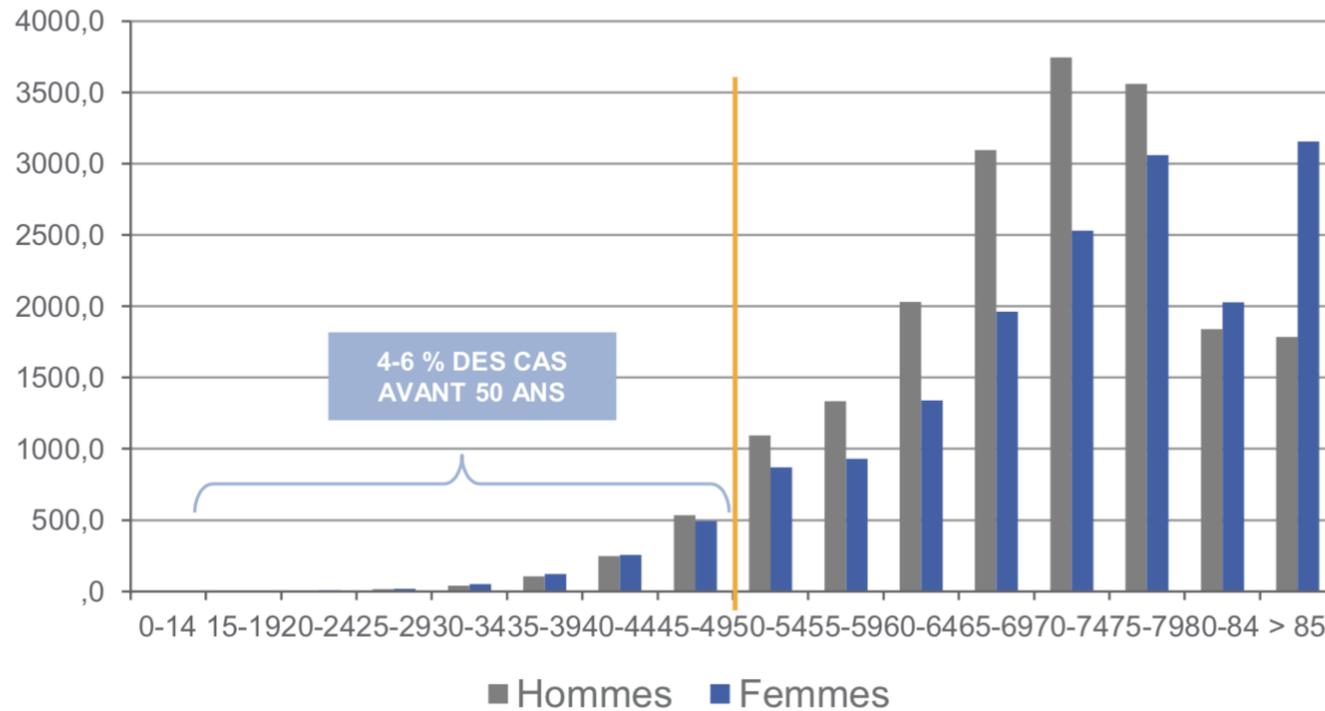
Chez l'homme

46 %

Chez la femme

En France, le cancer colorectal c'est...

• 95 % de CCR diagnostiqués après 50 ans



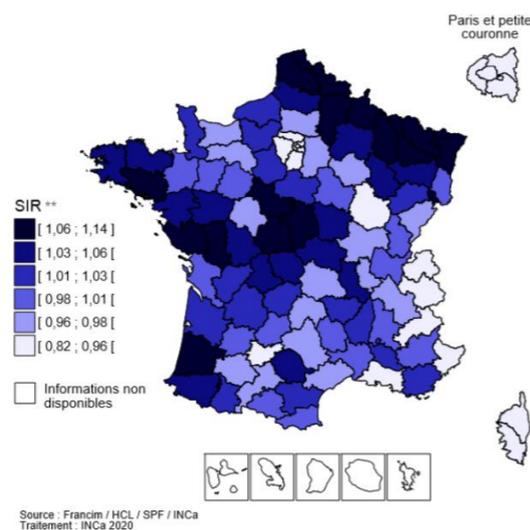
71 ans
âge médian au diagnostic
chez l'homme

73 ans
âge médian au diagnostic
chez la femme

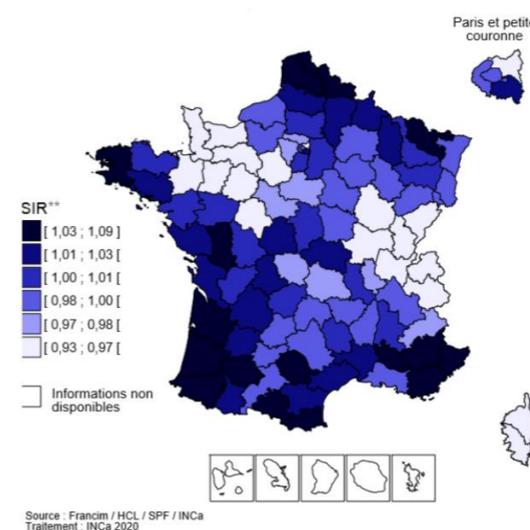
Source : Panorama des cancers en France, INCa, 2022

Une situation épidémiologique inégale

Taux d'incidence standardisés du cancer colorectal à l'échelle départementale (2007-2016)*



Homme

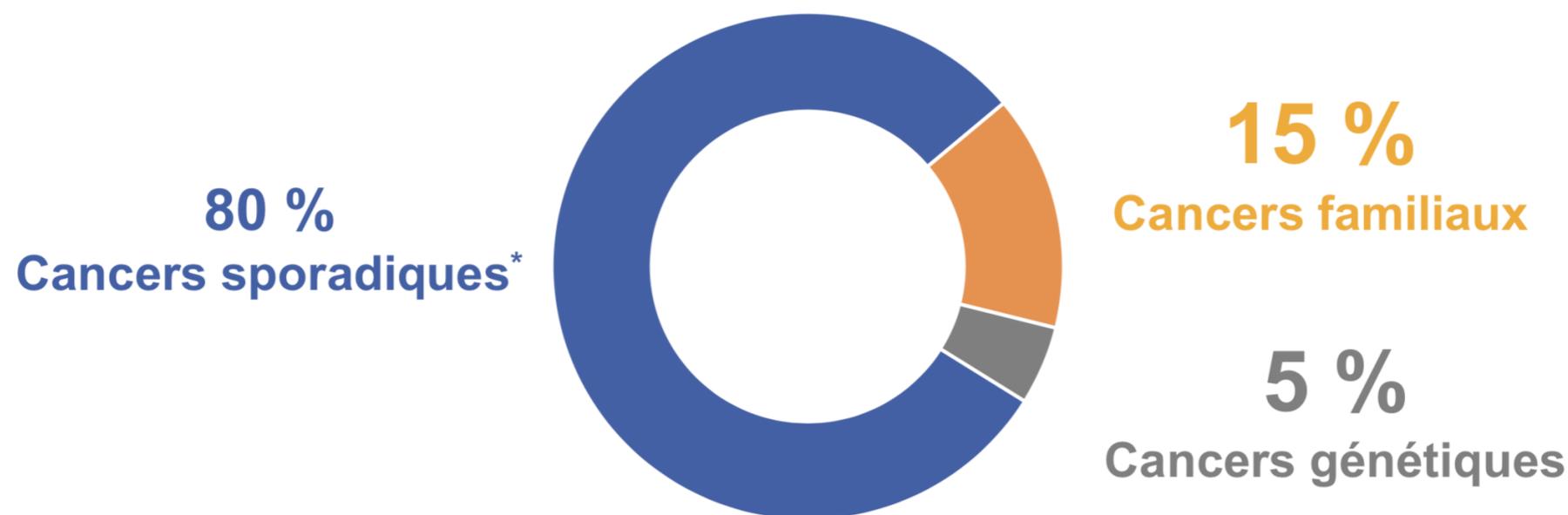


Femme

*Incidence lissée 2007-2016 France hexagonale.
Incidence observée Guadeloupe : 2008-2014, Martinique: 2007-2014, Guyane: 2010-2014
**Ratio standardisé d'incidence.

Source : Partenariat Francim / HCL / SpF / INCa : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007- 2016, Traitement INCa, 2020

La répartition des formes de CCR

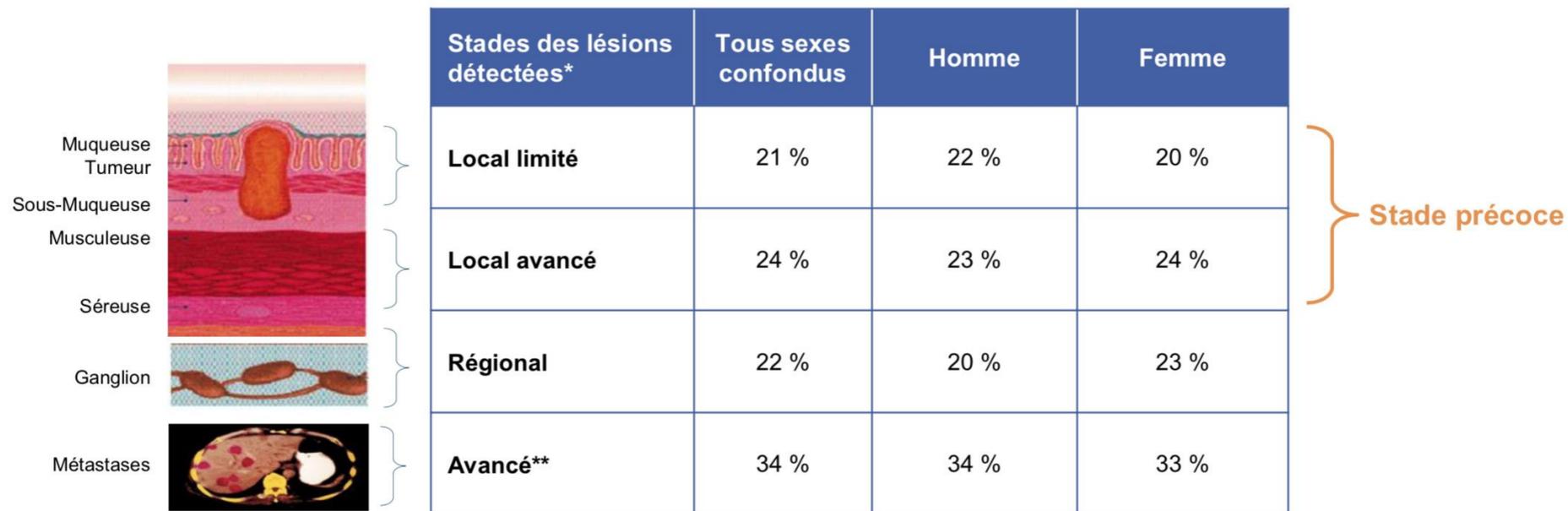


* Cancers qui se développent sans que l'on ait pu déterminer des facteurs de risque héréditaires

Source : Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risques élevés et très élevés, HAS, 2017

Le stade au diagnostic

• 95 % de CCR diagnostiqués après 50 ans



*European Network of Cancer Registries
**Stade métastatique et cancers non réséqués

Source : Bouvier et al. Stade au diagnostic des cancers - Sein, côlon et rectum. (période 2009-2012), Partenariat Francim / HCL / SpF / INCa, 2018

Détecté tôt, le CCR peut être guéri dans 9 cas sur 10

- La survie permet d'apprécier d'une part l'amélioration globale du pronostic des personnes atteintes d'un cancer, résultant à la fois du dépistage et des progrès thérapeutiques, et d'autre part l'amélioration de la prise en charge
- Une meilleure survie est observée lors du diagnostic à un stade précoce

Stades des lésions détectées	Survie relative à 5 ans
Local (limité et avancé)	90,2 %
Régional	71,8 %
Avancé (métastases)	14,3 %

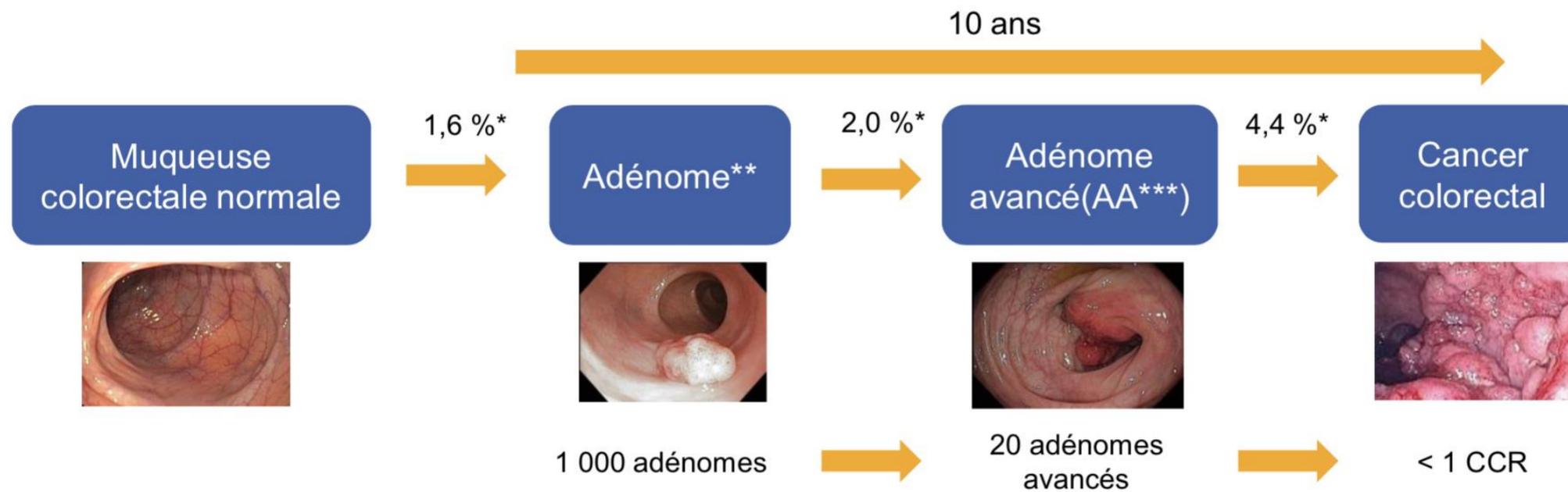
→ **Stade précoce**



Source : Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) 18 Stat Fact Sheets: Colon and Rectum Cancer. (2010-2016), 2020
Source : Panorama des cancers en France, INCa, 2022
Source : Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013, Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

L'histoire naturelle

- 1 personne sur 20 à 30 va développer un cancer colorectal dans sa vie
- Le CCR touche 4 % des hommes et 2 % des femmes (vie entière)



*Taux de transition annuel médian

** L'adénome est une tumeur épithéliale bénigne : ses critères morphologiques (taille, composante vilieuse, degré de dysplasie) influencent le risque de survenue de cancer

*** L'adénome avancé est un adénome de taille ≥ 10 mm ou un contingent vilieux supérieur à 25 %, ou avec une dysplasie de haut grade, ou un carcinome in situ. Ceux qui se transforment sont appelés adénocarcinomes (tumeur maligne)

Source : Li et al., A systematic review of worldwide natural history models of colorectal cancer: classification, transition rate and a recommendation for developing Chinese population-specific model, 2017

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

Les facteurs de risque

L'âge

- Plus de 50 ans

Mutations génétiques

- Syndrome de Lynch
- Polypose adénomateuse familiale

Maladies inflammatoires chronique de l'intestin (MICI)

- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique

Antécédents familiaux

- Adénome rectocolique > 10 mm ou à contingence villose chez un ou plusieurs parents du 1^{er} degré avant l'âge de 65 ans
- Cancer colorectal chez un parent du 1^{er} degré avant l'âge de 65 ans ou plusieurs parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge

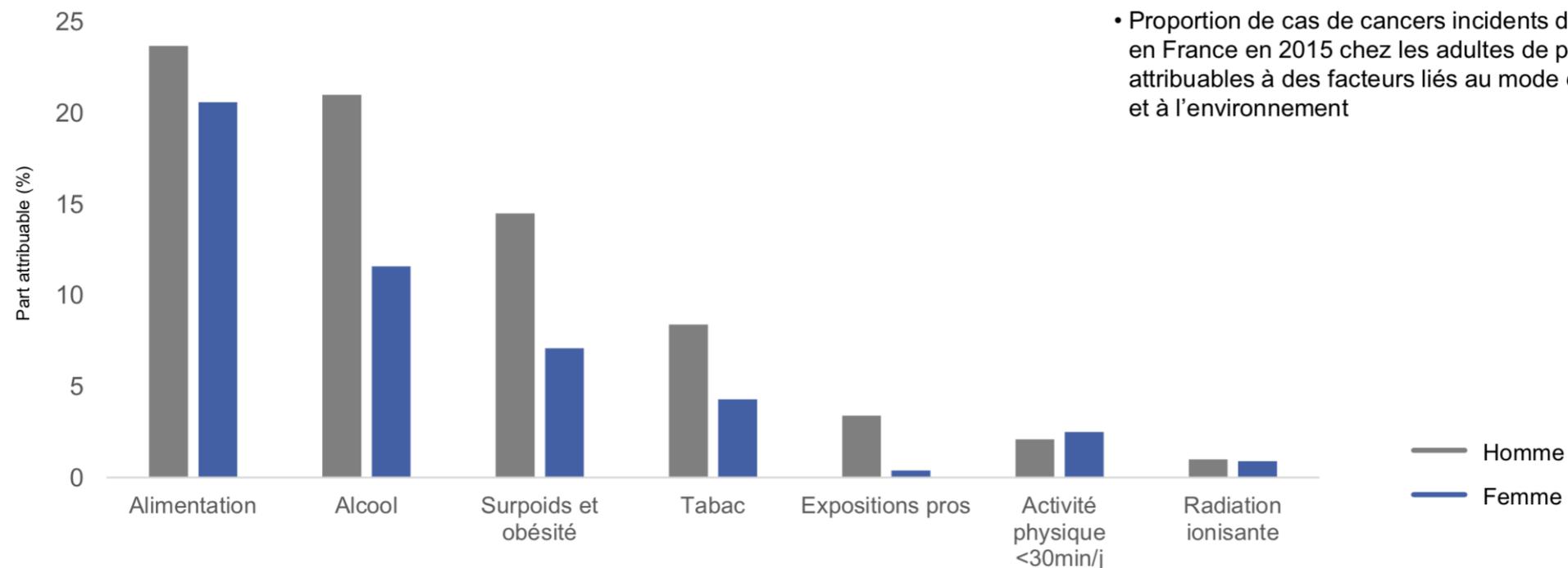
Antécédents personnels

- Adénomes de structure villose ou de diamètre > 10 mm, ou exérèse d'au moins deux adénomes, quels que soient leur taille ou leur caractère villos.
- Cancer colorectal depuis moins de 5 ans
- Acromégalie

Source : Fiche mémo – Cancer colorectal : modalité de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017

Les facteurs de risque

Part attribuable (%) au mode de vie et à l'environnement



- Proportion de cas de cancers incidents diagnostiqués en France en 2015 chez les adultes de plus de 30 ans, attribuables à des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement

Source : Proportions de cas de cancers incidents diagnostiqués attribuables à des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement, CIRC, 2018

DEPISTAGE

Les recommandations françaises

• Une stratégie de dépistage organisée selon trois niveaux de risque de développer un cancer colorectal

Qui niveau de risque de développer un ccr ?

Risque moyen

Population générale :

- 50 à 74 ans
- Sans symptôme
- Sans antécédent personnel et/ou familial

Dépistage organisé :

- Test de recherche de sang occulte dans les selles
- Tous les 2 ans

Qui est concerné ?

Risque élevé

Antécédents d'adénomes ou de CCR :

- Personnel
- Familial (1^{er} degré)

Antécédents personnels de MICI :

- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique

Dépistage individuel :

- Consultation chez un gastroentérologue : suivi spécialisé
- Coloscopie / Chromoendoscopie

Risque très élevé

Prédispositions héréditaires :

- Polypose adénomateuse familiale
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch)

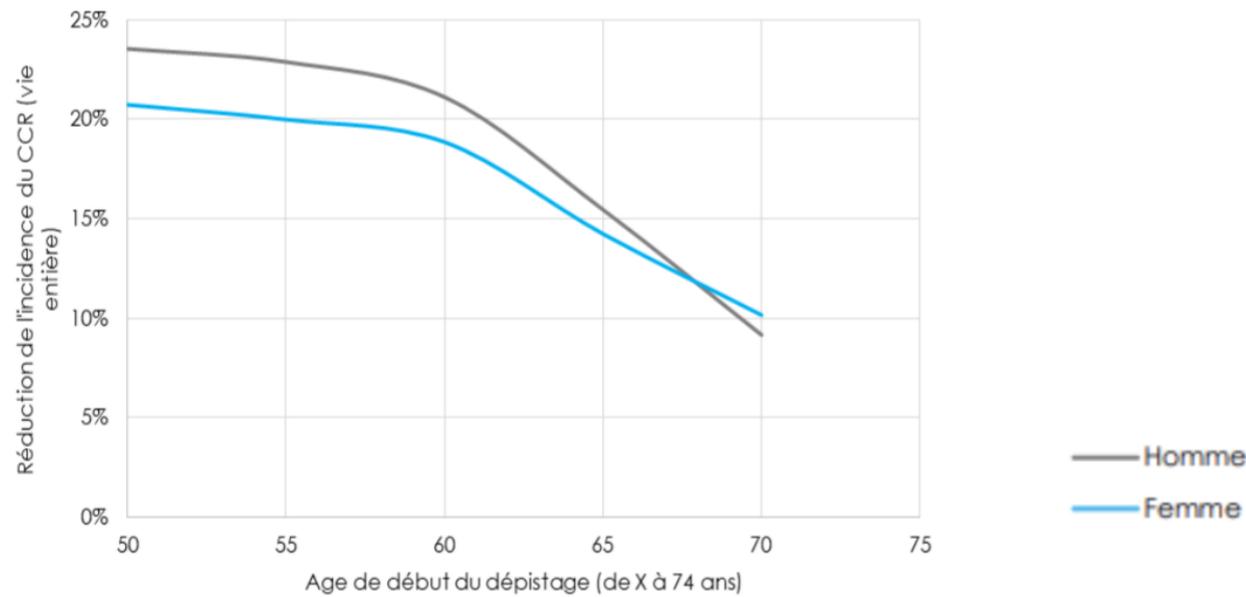
Dépistage individuel :

- Consultation oncogénétique +/- prélèvement sanguin pour recherche de mutations
- Consultation chez un gastroentérologue
- Chromoendoscopie

Quelle stratégie de dépistage ?

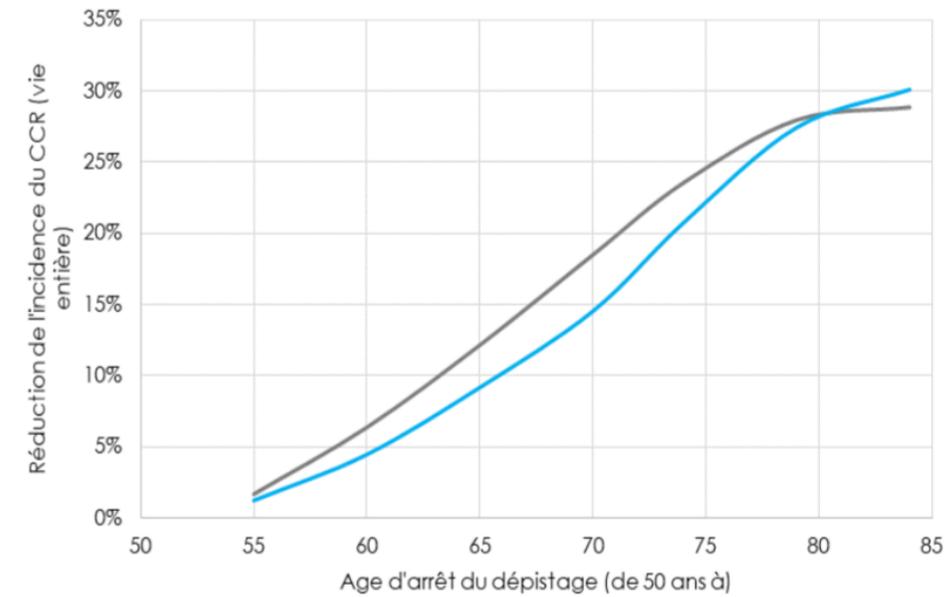
L'impact du DO CCR : réduction du risque

Réduction du risque individuel de CCR selon l'âge de début sur la vie entière



- Exemple : une femme réalisant le dépistage de 65 à 74 ans verrait diminuer son risque individuel d'environ **15 %** au cours de sa vie

Réduction du risque individuel de CCR selon l'âge d'arrêt



- Exemple : un homme réalisant le dépistage de 50 à 65 ans verrait diminuer son risque individuel d'environ **10 %** au cours de sa vie

Après un test positif

- Aucune anomalie détectée : 3/10 cas
- Lésions précancéreuses bénignes détectées et retirées : 5/10 cas
- Cancer dépisté à un stade précoce et guérissable sans radiothérapie ni chimiothérapie : < 1/10 cas
- Cancer à un stade avancé : < 1/10 cas

Risques liés à la coloscopie*

- Complications liées à la sédation
 - Cardiorespiratoire
 - Risque d'infection : 1/1 800 000 examens
- Complications liées à la technique
 - Perforation : 1/3000 à 5000
 - Hémorragie
- Complications modérées à sévères : 1 à 4,5 ‰ coloscopies (surtout après procédure thérapeutique)
- Décès consécutifs aux complications : 1/10 000 à 18 000 coloscopies



Cancers détectés:
7 à 8 %
des tests positifs

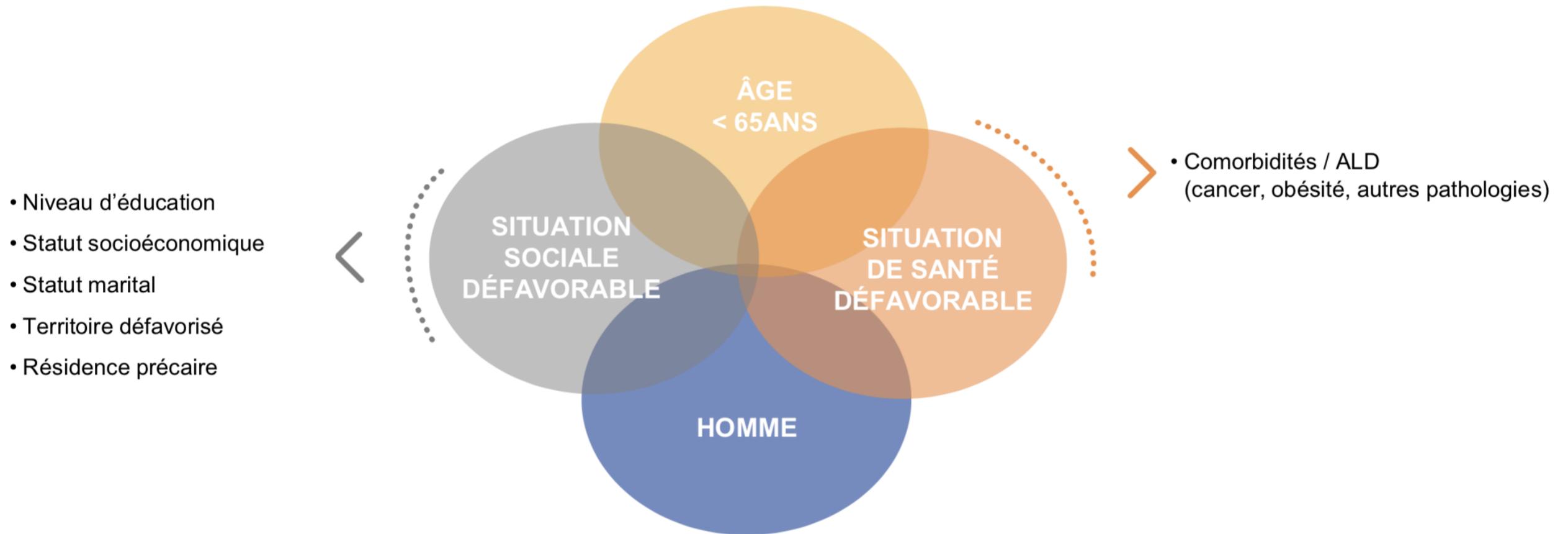
Adénomes avancés
détectés :
26 à 40 %
des tests positifs

*Toutes coloscopies

Source : B Denis *et al.* « Participation in four rounds of a French colorectal cancer screening programme with guaiac faecal occult blood test: a population-based open cohort study ». *Journal of Medical Screening*, 2015
Source : Étude sur la pratique des coloscopies en France, Assurance maladie, 2012 –T.Ponchon, Complications of colonoscopy: review in the prospect of mass screening assessment, *BEH*, 2009

- ▶ Taux de coloscopie après un test +: 86%
- ▶ Délai moyen avant coloscopie 80j

Caractérisation des non-participants



Source : Guessous et al., Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. Preventive Medicine, 2010 ; Gimeno-García, Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation, Gastroenterology Research and Practice, 2012 ; Denters et al., Assessing knowledge and attitudes towards screening among users of faecal immunochemical test (FIT). Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care et Health Policy, 2015; El-Haddad et al., Association of marital status and colorectal cancer screening participation in the USA, Colorectal Dis, 2015 – Traitement INCa, 2020

Le DO CCR : qui n'est pas concerné ?

Personne ayant réalisé un test
et/ou eu une exploration digestive



- Test de recherche de sang occulte dans les selles < 24 mois
- Coloscopie < 5 ans
- Coloscanner ou coloscopie incomplète suivie d'un coloscanner < 24 mois

Personne nécessitant une exploration
coloscopique



- Rectorragies, melæna
- Douleurs abdominales inexplicables d'apparition récente
- Troubles du transit d'apparition récente (diarrhée, constipation, inhabituelle)
- Anémie ferriprive
- Amaigrissement récent inexplicable

Personne à risque élevé de CCR
nécessitant un suivi spécifique



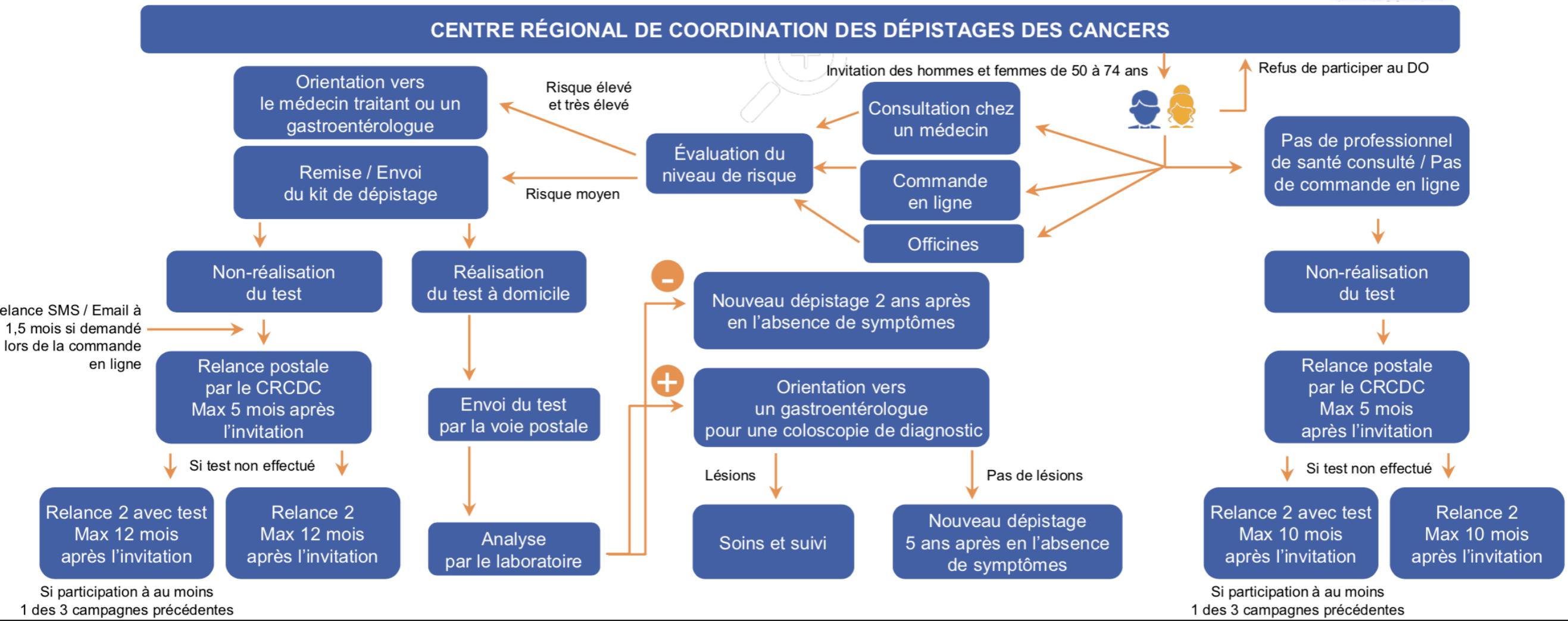
- Antécédents personnels d'adénomes ou de CCR
- Antécédents familiaux d'adénomes ou de CCR (parents du 1^{er} degré)
- Antécédents personnels de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique

Personne à risque très élevé de CCR
nécessitant un suivi spécifique



- Antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch ou autre

L'organisation général du parcours



POPULATION A RISQUE ÉLEVÉ ET TRÈS ÉLEVÉ: DÉPISTAGE INDIVIDUEL

- ▶ SYNDROMES GÉNÉTIQUES: Très haut risque
 - ▶ HNPCC (LYNCH) : coloscopie avec chromoendoscopie tous les 2 ans à partir de 20 ans
 - ▶ PAF: Coloscopie annuelle dès 11 ans, colectomie totale (risque d'environ 100% de CCR à 40 ans)
- ▶ MICI (RCH-Crohn colique)
 - ▶ Si atteinte pancolique= coloscopie avec chromoendoscopie tous les 2 ans après 10 ans d'évolution de la maladie



▶ ATCD Familiaux:

- ▶ Adénome rectocolique >10mm ou à contingence villose chez un apparenté au 1er degré avant 65 ans
- ▶ CCR chez un apparenté au 1er degré avant 65 ans ou plusieurs parents du 1er degré quel que soit l'âge

▶ ATCD personnels: Coloscopie à 50 ans /5 ans

- ▶ Adénome à contingence villose ou >10mm ou au moins 2 adénomes
- ▶ CCR < 5 ans
- ▶ Acromégalie

==> Coloscopie / 5 ans à partir de 50 ans

DEPISTAGE INDIVIDUEL

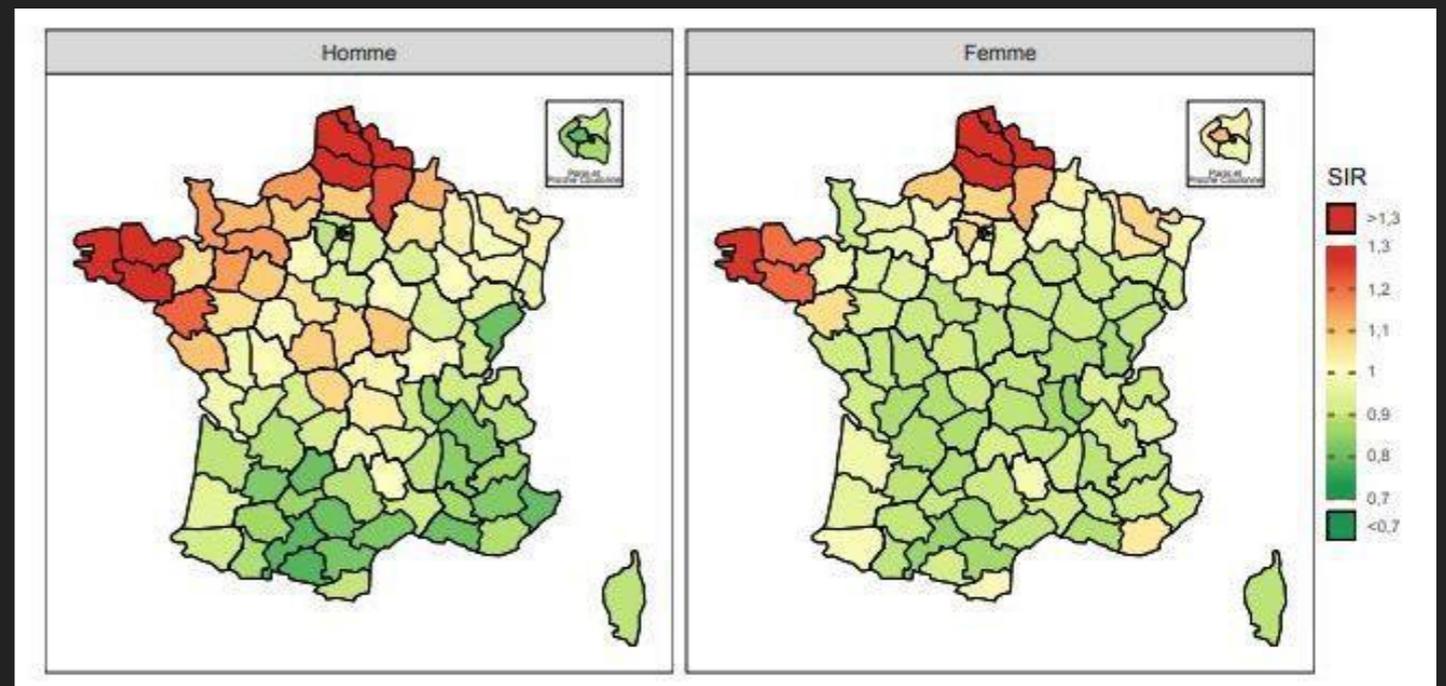
Tableau 3. Score de Kaminski et risque de néoplasie avancée.

SCORE	0	1	2	3	Score
Age	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	> 60 ans	/ ___ /
ATCD familial	aucun	CCR 1 ^{er} degré et ≥ 60 ans	CCR 1 ^{er} degré et < 60 ans	2 CCR au 1 ^{er} degré	/ ___ /
Sexe	Femme	--	Homme	--	/ ___ /
Tabagisme	< 11 paquets-années	≥ 11 paquets-années	--	--	/ ___ /
IMC	< 30	≥ 30	--	--	/ ___ /
TOTAL =					/ ___ /

Score total	Risque d'Adénome Avancé et/ou CCR
Score 0 à 2	< 5%
Score 3 – 4	5 à 10%
Score ≥ 5	10 à 20%

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..

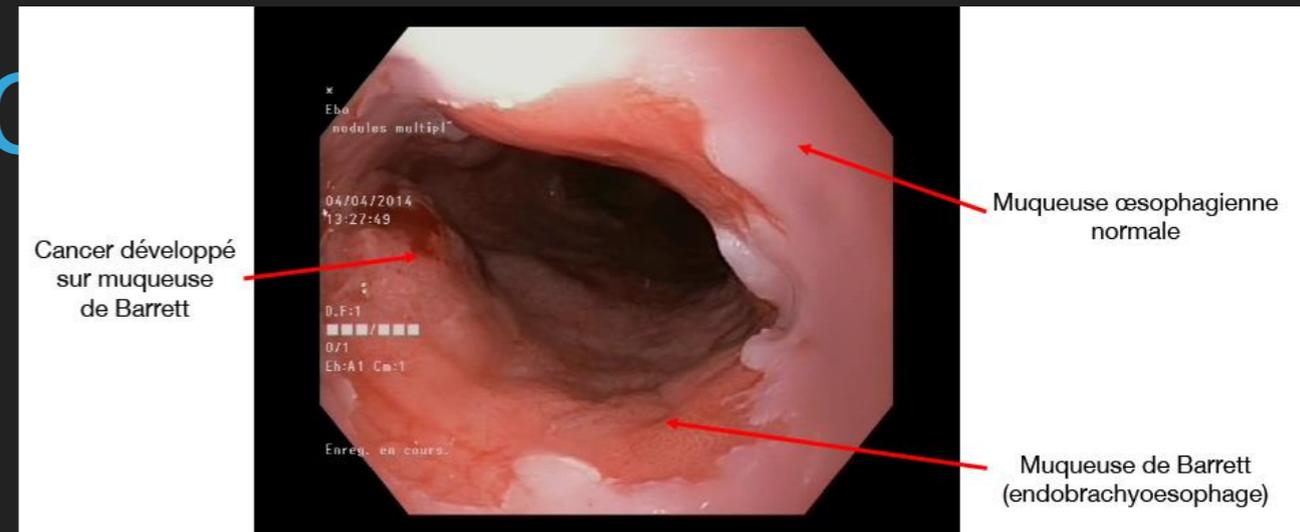


CARCINOME EPIDERMOÏDE



- ▶ 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 Barrett) 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

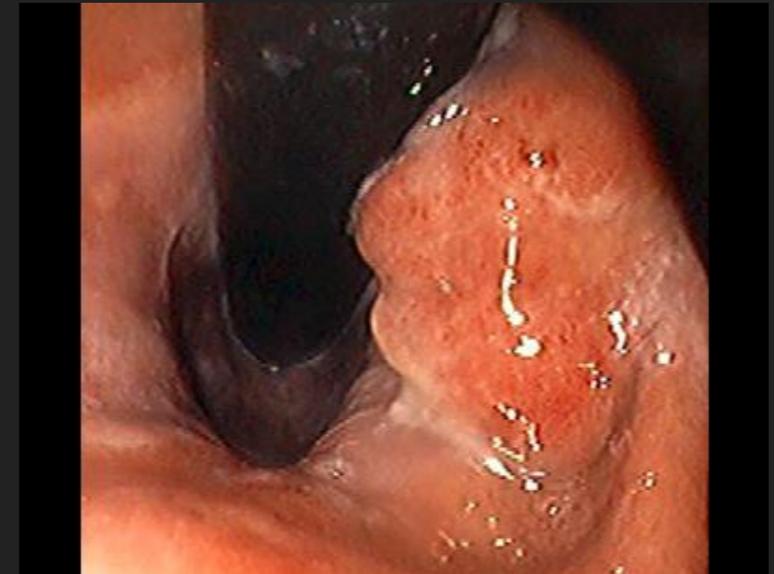
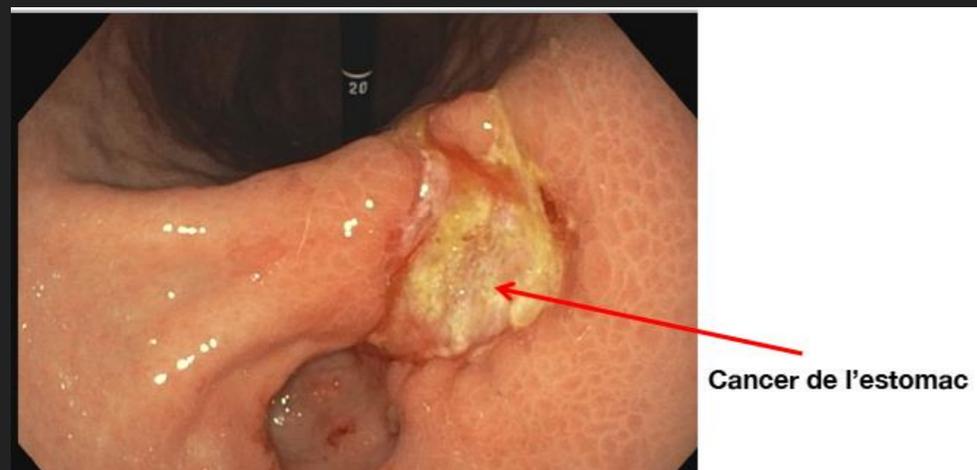
ADENOCARCINOME OESOPHAGE

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

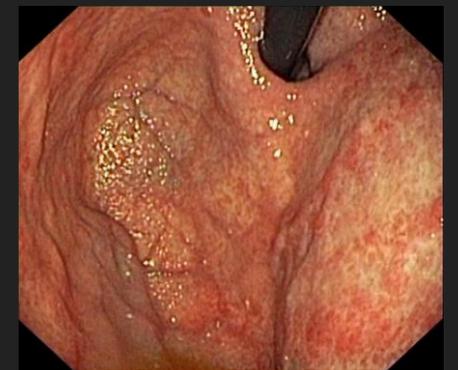
ESTOMAC: ADK

- ▶ 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 observationnelle))



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

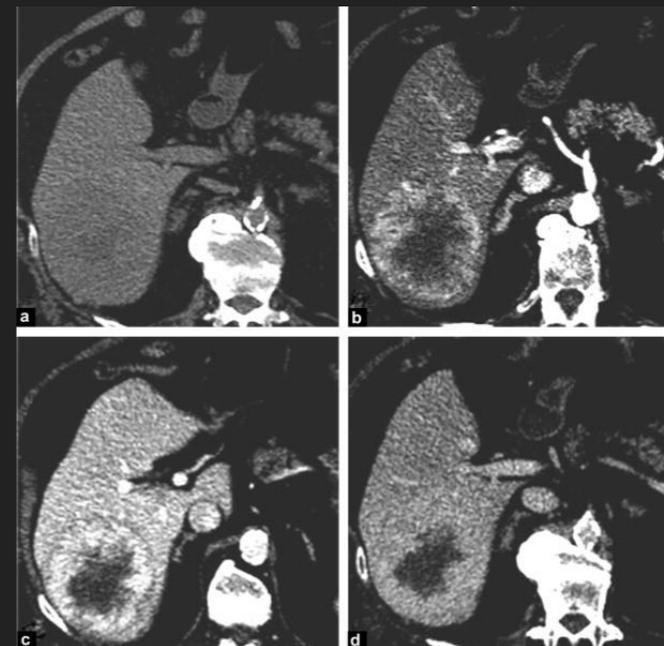
- ▶ ATCD familiaux
 - ▶ ATCD K gastrique au 1er degré: Dépistage HP
 - ▶ <45 ans: Helikit (ou serologie), sensibilité entre 93 et 100%
 - ▶ >45 ans: Gastroskopie
 - ▶ Éradication Helicobacter pylori
 - ▶ Pylera 3cp 4 fois par j+ Omeprazole 20mg 2 fois par jour pendant 10 jours
 - ▶ Test Helikit 1 mois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



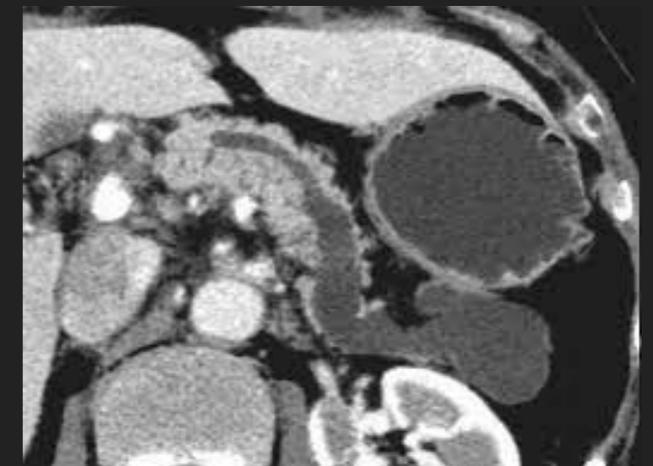
PANCREAS

- ▶ 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

CARCINOME EPIDERMIOIDE 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: amygd)
 - ▶ 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





- ▶ 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

- ▶ CCR: Vive le FIT!!!

- ▶ Oesophage:RGO
 - ▶ >50 ans=Fibro
 - ▶ <50 ans + Fdr= Fibro

- ▶ Estomac:
 - ▶ ATCD familiaux: HP?
 - ▶ IPP long court: Fibro ?

- ▶ CHC:
 - ▶ Cirrhose= echo/6mois
 - ▶ Steatose= echo/ an

- ▶ Canal anal:
 - ▶ « hemoroides »+fdr= examen proto
 - ▶ VIH: systématique
 - ▶ VACCINATION+++