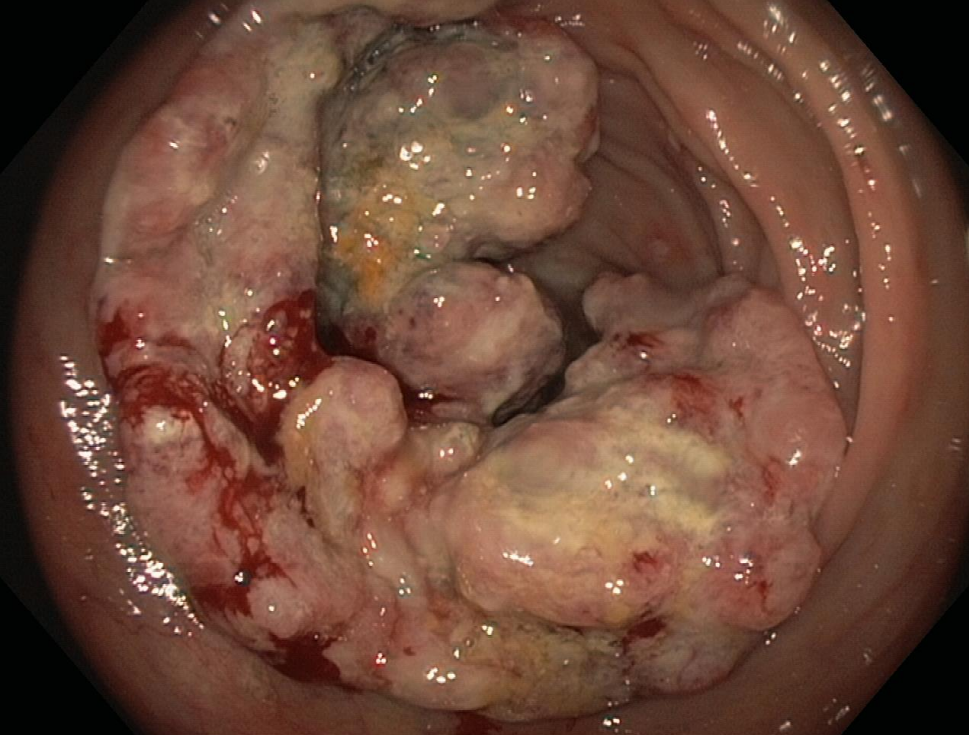


Cancers oeso-gastriques et Pancréas

La prévention et le dépistage sont ils
possible ?

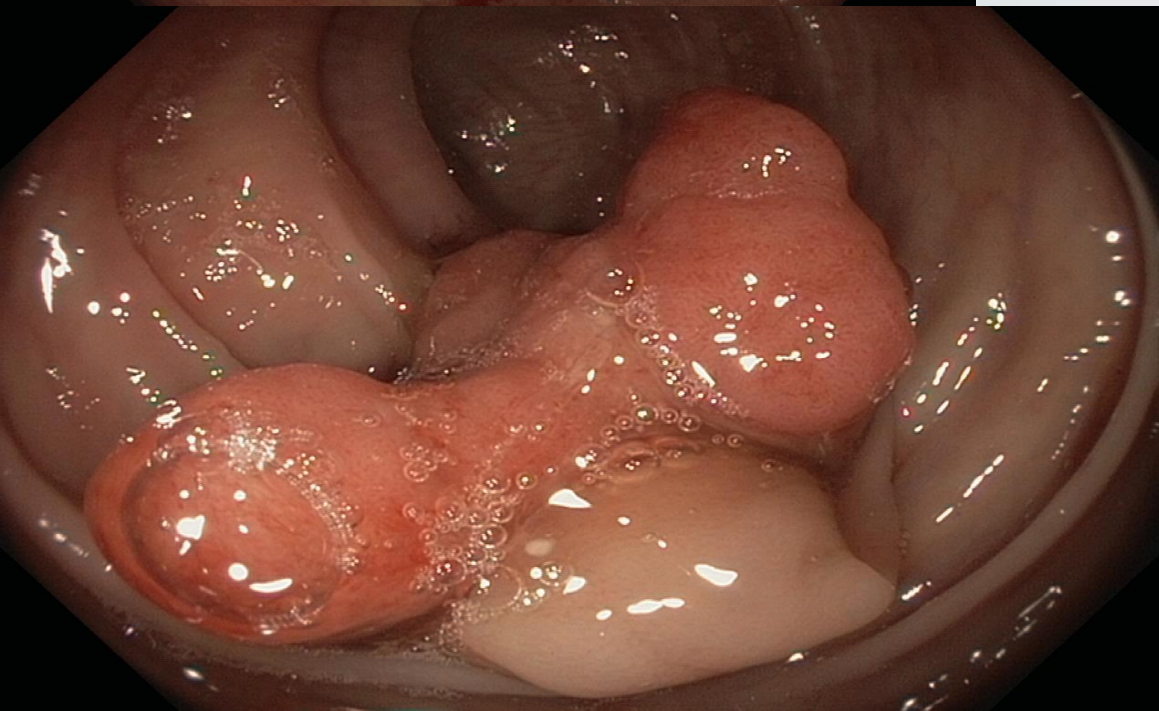
E. VAILLANT

Séminaire Oncomel Mardi 22 Mars 2016



Adénocarcinome infiltrant

Un processus très long



Adénome DBG et DHG

Foyer ADK sm +

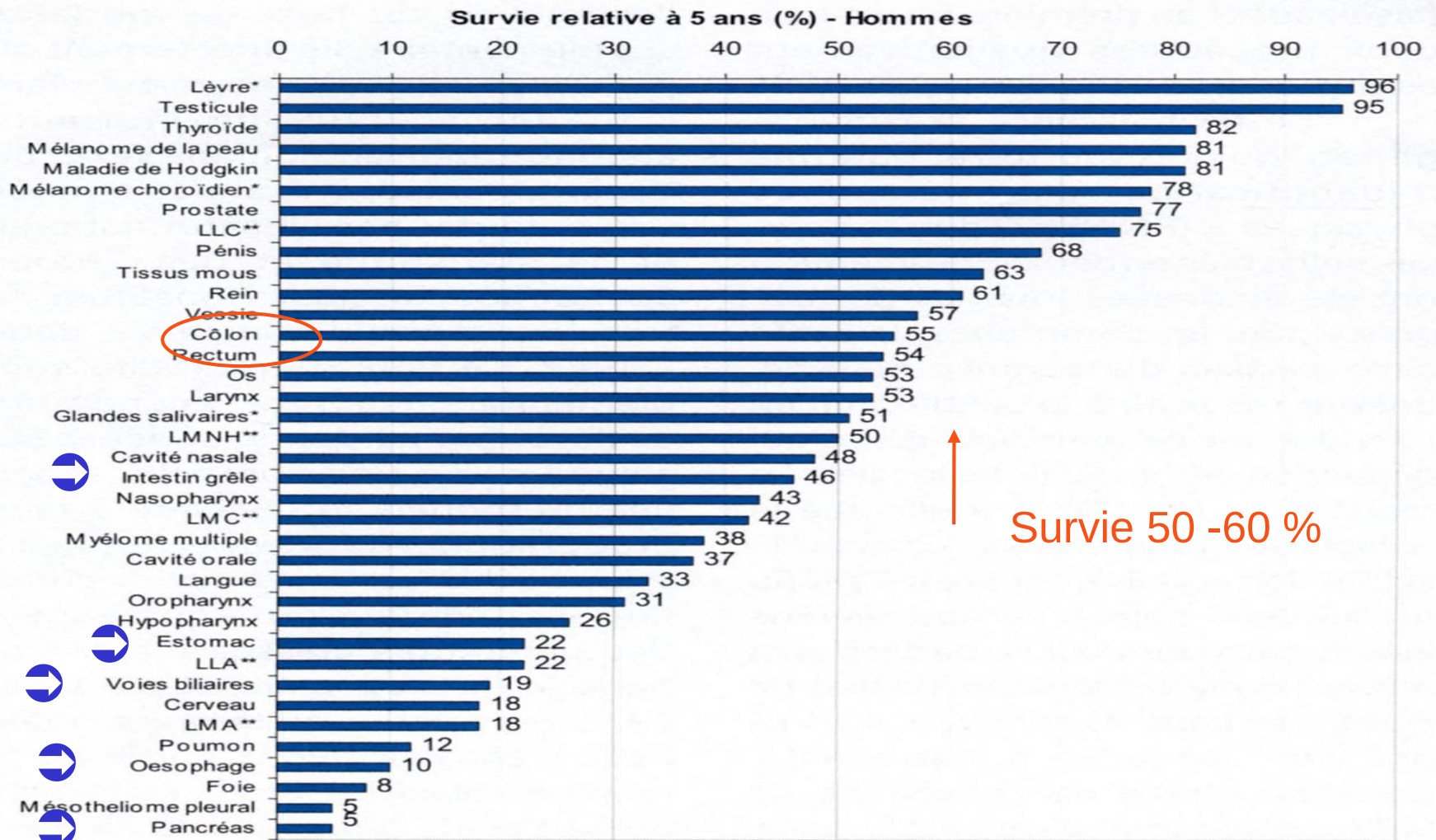
généralités

- 70 000 cas /an

Table IV. – Trends in national incidence of gastrointestinal cancers between 1980 and 2000.
Évolution de l'incidence nationale des cancers digestifs entre 1980 et 2000.

	Number of cases						
				Men		Women	
	1980	2000		1980	2000	1980	2000
Esophagus	5457	4968	↓	14.7	9.3	0.9	1.5
Stomach	8721	7126	↓	13.7	9.0	5.8	3.4
Small bowel	389	828	↑	0.6	1.1	0.3	0.5
Colon rectum	23967	36257	↑	33.1 + 50 %	39.1	21.8	24.6
Liver	1956	5976	↑	4.4 + 200 %	11.0	0.8	1.5
Pancreas	2823	4887	↑	4.5	5.8	2.1	3.2
Biliary tract	1684	1973	↑	1.5	1.5	1.9	1.7

^a : per 100,000 inhabitants standardized for the world population.



Gravité des cancers en fonction
de leur localisation

Cancer du pancréas

- Mortalité majeure
- Clinique pauvre au début :
 - Δ apparition d'un diabète
- Diagnostic difficile
 - 20 % des pancréas non vus en écho
 - TDM 20 à 30 % des K < 20 mm non vus
 - Écho-endoscopie et IRM : Se > 95 % (Sp proche 100 %)

Les patients à risque

- 5 à 10 % de cas familiaux :
 - Syndrome génétique :
 - Sein-ovaire : BRCA 2 (risque 10 %)
 - Mélanome familial CDKN2A/p16 (risque 10 %)
 - Peutz-jeghers STC11/CKB1
 - PCC héréditaire PRSS1 (risque 40 %)
 - Li fraumeni TP 53

Les patients à risques

- Agrégation non syndromique :
 - Ratio incidence standardisé : 5 à 30
 - Selon nbr apparentés
 - Recherche mutation germinale souvent négative : 15 %
BRCA 2 si > 3 apparentés
2 apparentés 1^{er} degré ➔ cs oncogénétique
- Lésions pancréatiques : Attention aux kystes
 - Kyste mucineux
 - TIPMP

Cancer Oesophage:

épidermoïde

Survie à 5 ans : 10 à 15 % (diagnostic tardif)

Soit 85 à 90 % de décès si le diagnostic est fait en raison de symptômes des (dysphagie)

30 à 40 % après résection chirurgicale

Mortalité opératoire 2 à 4 %

12 à 17 % de cancer ORL associés :

Synchrone ou métachrone

Augmenté si poursuite de l' intoxication

Mortalité en rapport avec le deuxième cancer surtout si stade précoce

Adénocarcinome œsophage

- Augmentation importante de fréquence en F : cause ?
 - + 68 % H + 97 % F/5 ans entre 76 et 2001
 - USA + 300 à 600 % depuis année 70
- Lié au RGO via l'EBO :
 - Métaplasie Intestinale ➔ dysplasie
 - 40 % des pts atteints de cancer n'avaient pas de signe
 - Facteurs de risque : âge, poids, H
- EBO :
 - Diagnostic facile si long > 3 cm : gastro/AG seattle
 - Biopsie systématique
 - Difficile si H hiatale, oesophagite sévère
 - Contrôle endoscopique à 2 mois
 - Recherche dysplasie : non visible en endoscopie standard
 - Intérêt HR et colorations vitales
 - DBG ➔ DHG cancer 10 à 41 % DHG ➔ cancer : 16 à 39 %
 - Risque dégénérescence : 0,5 à 2 %/an

En pratique

- Identifier les personnes a risque
 - Alcool, tabac, cancer ORL, cirrhose
 - RGO, IPP > 6 mois
- Gastroskopie
 - Standard : tolérance
 - Naso-gastroskopie ou /AG

Recommandation conférence de consensus

RGO de 1999 : gastroscopie

- >50 ans en présence de signes typiques

Ou symptômes atypiques

Ou < 50 ans :

- échec du traitement symptomatique en première intention
ou récurrence à l'arrêt

Ne pas attendre les signes de gravité :

- dysphagie
- anémie
- perte pondérale

Cancer de l'Estomac

- Reste un cancer grave : Survie 5 ans 20 %
- Ratio H/F : 2/1
- En diminution pour les cancers distaux (cardia ↑)
- On distingue :
 - Cancer de type intestinal 80 %
 - Cancer de type diffus (linite)
 - Mutation génétique E cadhérine = diffus
- Carcinogénèse intestinale connue depuis 30 ans
 - Gastrite Chronique → atrophie → MI → dysplasie HG → cancer

↑

50%

8%

1%

Helicobacter P

GCAI type biermer

Forme diffuse : pas de lésions préneoplasiques

Corrélée à HP forme sporadique

L' éradication d' HP prévient-elle du cancer gastrique ?

OUI ...probablement :

1 seule étude long terme 7,5 ans en moyenne (1)

Randomisée éradication vs placebo

Pas de différence globale

Âge et tabac (HR:6,2) : facteur de risque indépendant si HP +

Patients éradiqués sans lésion pré-néoplasiques

Pas de cancer

Si elle est précoce :

Réduction du risque de cancer (2)

HR 1,6 à 1,05

études en cours Eu et Japon

Eradication précoce vs tardive UGD

Eradication tardive associée à risque HR:1,36

(1) Wong BC et al. HP eradication to prevent gastric cancer in a high risk region of china : a randomized controlled trial. *Jama* 2004;291:187-94

(2) Wu CY et al. HP eradication decreases risk of gastric cancer in patients with peptic ulcer disease. *Gastroenterol* 2009

En pratique

- Pas de dépistage de masse :
 - Fréquence, coût
- dépistage ciblée :
 - ATCD 1^{er} degré de cancer de l'estomac
 - ATCD gastrectomie, mucosectomie pour un cancer superficiel
 - ATCD polypose recto-colique, HNPCC
 - Lésions pré-néoplasiques : atrophie, MI
- La question :
 - Des biopsies pour tout le monde

OUI

Cancer colo-rectal

- 40 000 cas/an 18 000 décès/an
 - 23 000 cas en 1980
- 2 ème cause de mortalité par cancer
- 1 ère cause de mortalité par cancer après 85 ans
- Cancérogénèse longue : 8-10 ans ...
- Periode pré-clinique longue : 2-3 ans

Maladie guérissable

Stade	TNM		Survie à 5 ans
I	T1s T1 T2 N0 M0		> 80
II	T3 N0 M0		> 80
	T4 N0 M0		75
III	T2 N1 M0		75
	N1 M0		50
	T3-T4 ou 2 M0		50
			30
IV	Tout T Tout N M1		<5
	M1 résécable		20 %

Patients asymptomatiques : modalités du dépistage selon le risque

Risque moyen I
5% de risque

55%
Des cancers

Population générale
de 50 à 74 ans



Hemoccult II®

Risque élevé II
5 à 30% de risque

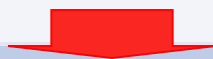
ATCD personnels :

30 %

- CCR
- Adénome colique
- Polypes hyperplasiques (certains cas)
- Maladies inflammatoires de l'intestin
- Acromégalie

ATCD familiaux :

- CCR premier degrés < 60 ans
- plusieurs CCR
- adénome < 60 ans

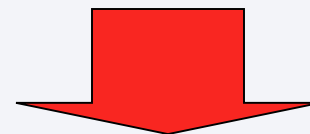


Coloscope de dépistage

Risque très élevé III
70 à 100% de risque

5 %

- Polypose adénomateuse familiale
- Syndrome de Lynch (HNPCC)
- Polypose juvénile
- Syndrome de Peutz-Jeghers



Coloscope de dépistage

Identifier les patients à risque élevé

- ATCD familiaux
 - CCR et polypes 1 er degré
 - 2 ATCD du 2 eme degré
- ATCD personnels :
 - Polypes : adénomes et Ad festonnés
 - CCR
 - MICI
 - acromegalie

coloscopie

Le score de Kaminski évalue le risque de cancer colo-rectal

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%

- Les autres variables utilisées pouvant jouer un rôle pour le calculs d'un score sont : consommation d'alcool, diabète, consommation riche en aliments frits, consommation pauvre en légumes verts, consommation riche en viandes rouges et pauvre en viandes blanches.

Attention aux pièges

- **Rectorragies** = examen endoscopique
- **Anémie ferriprive** = examen endoscopique
- **indications de la coloscopie diagnostique**
- Respect des **critères d'exclusion** (risque élevé) :
- Les marqueurs tumoraux et bilan biologique non

Savoir recommander

de ne pas faire le test !!

Après 50 ans

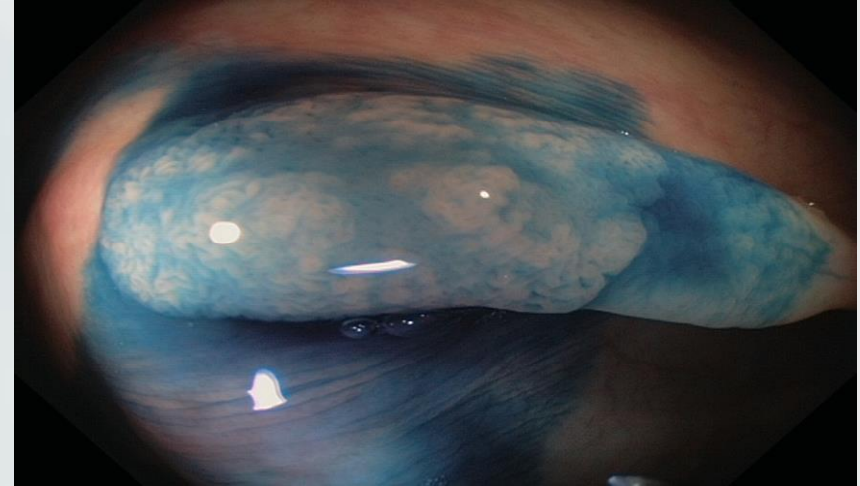
- Tous le monde doit avoir fait
 - Un test immunologique

Ou

- Une coloscopie

La séquence polype -cancer

1-Voie des polypes festonnés : plan



2 voies de cancérogénèse

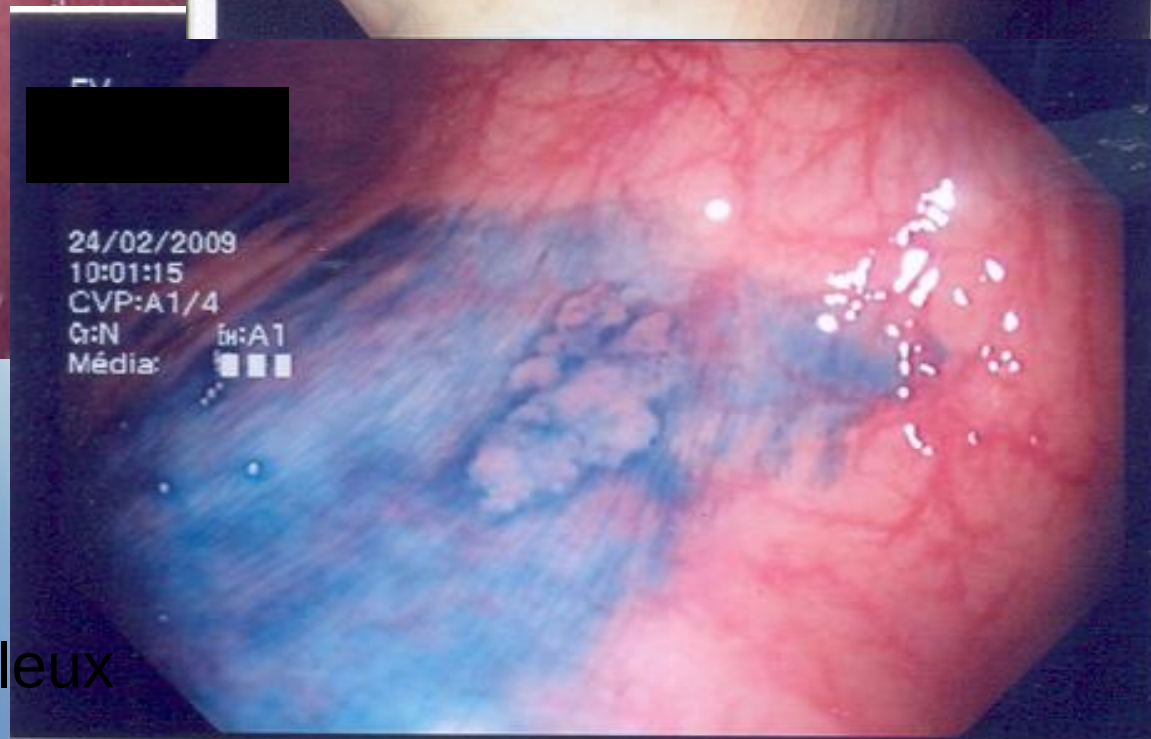
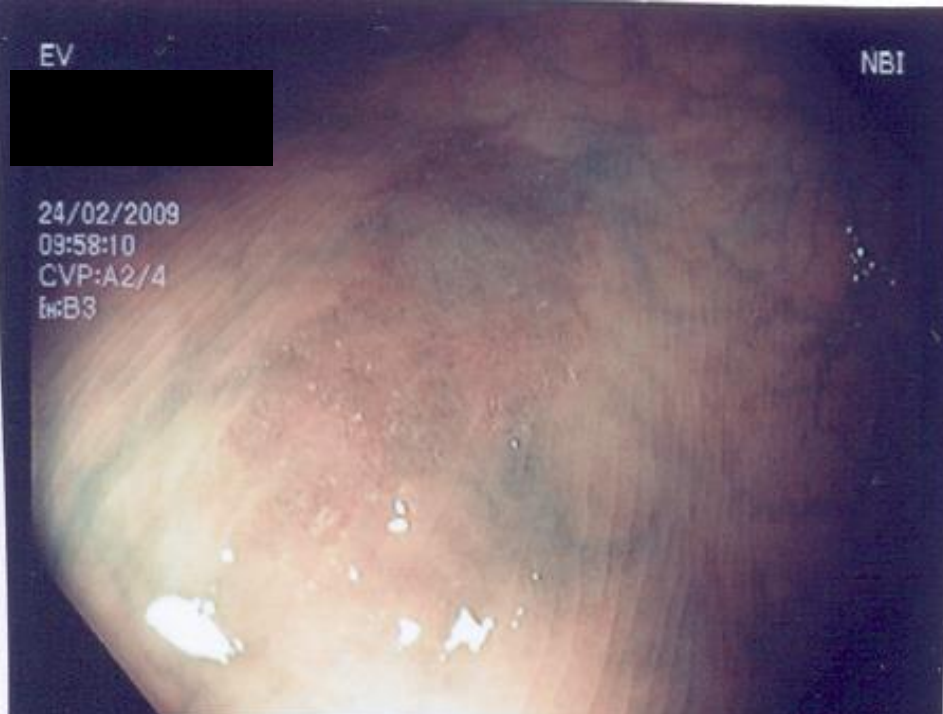
Temps ?



2-Séquence adénome-cancer (adéno-carcinome)

Moyenne 8 ans





Lesion II b

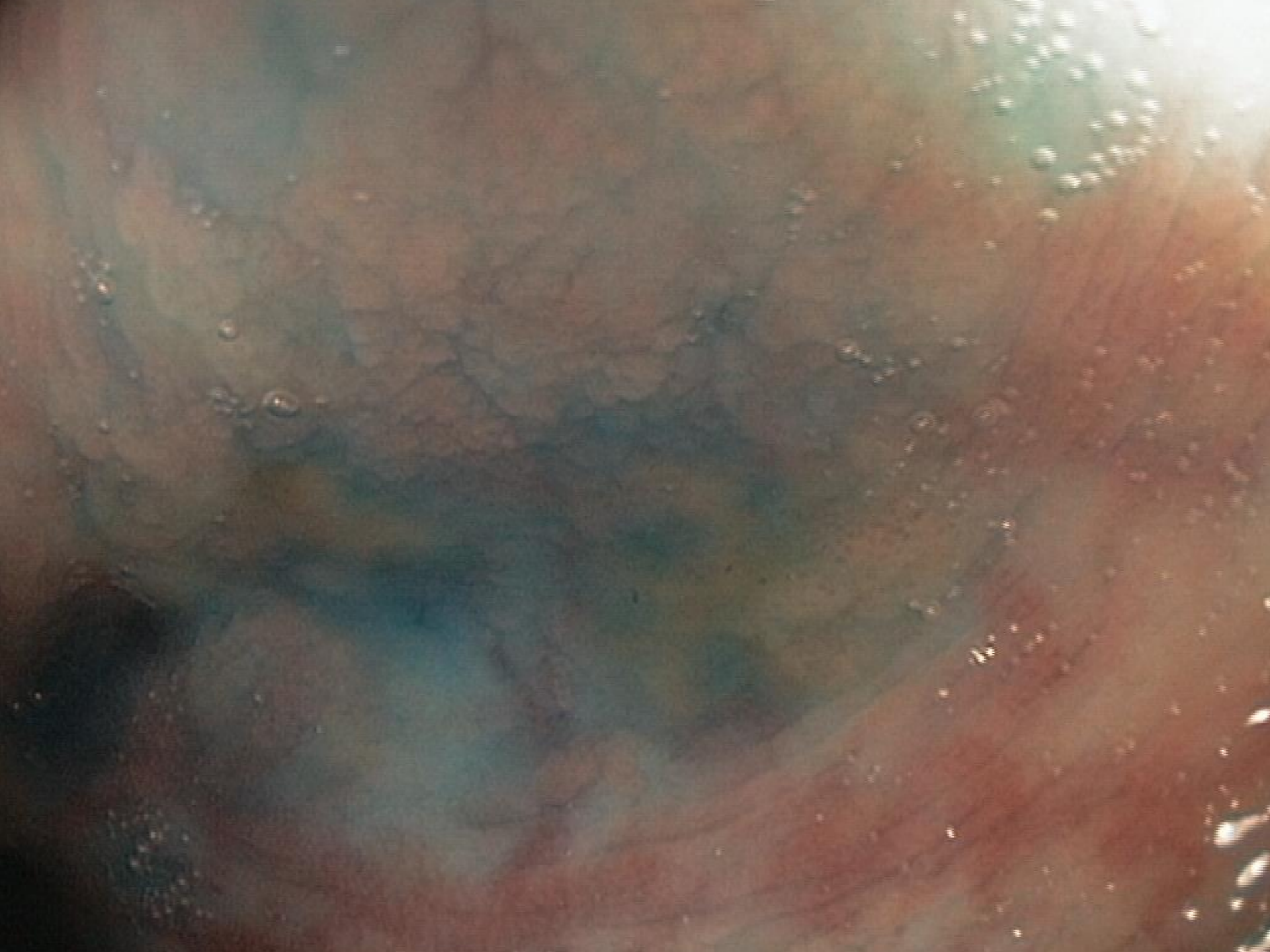
Adenome villex

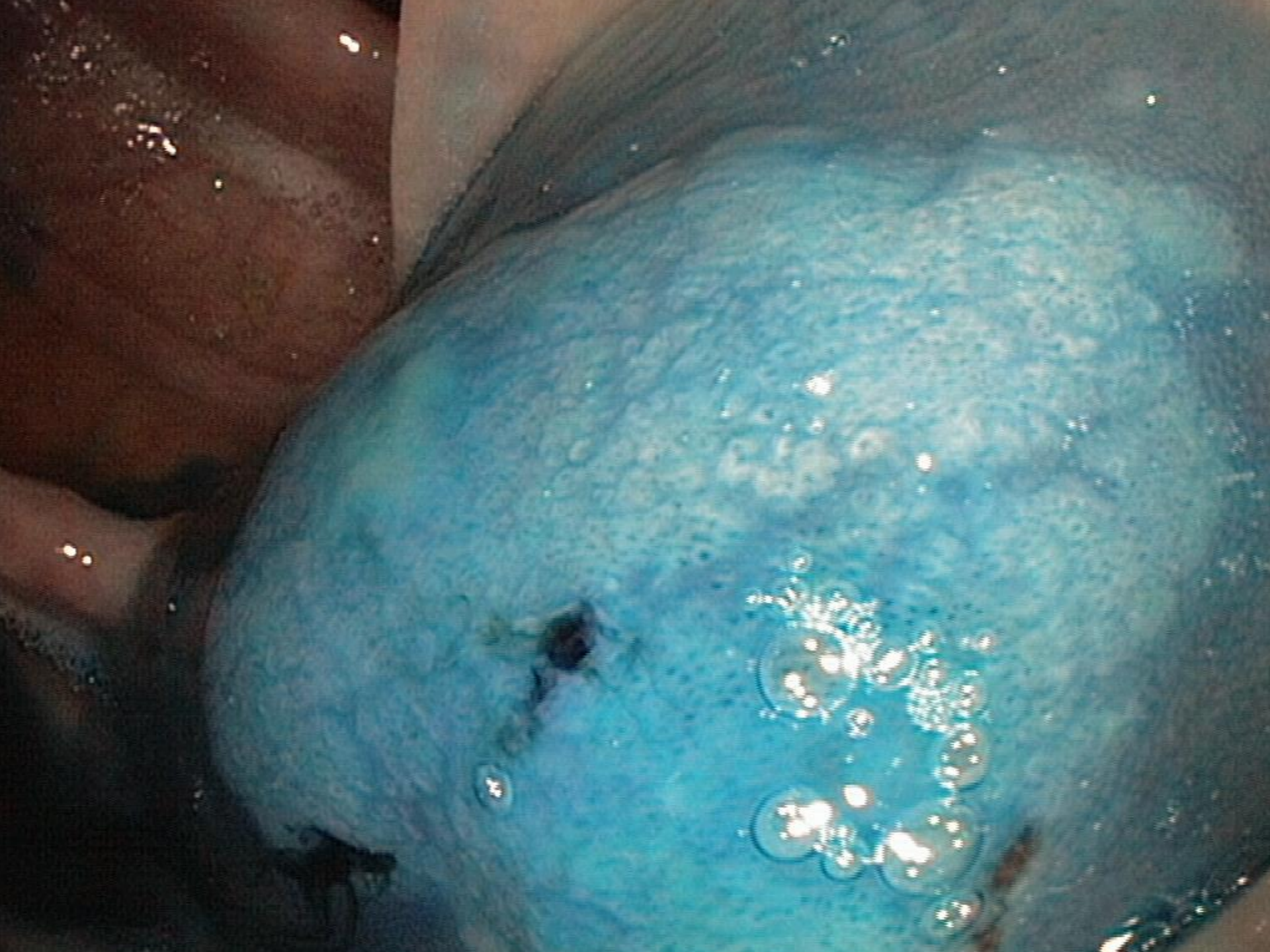
Les risques de la coloscopie

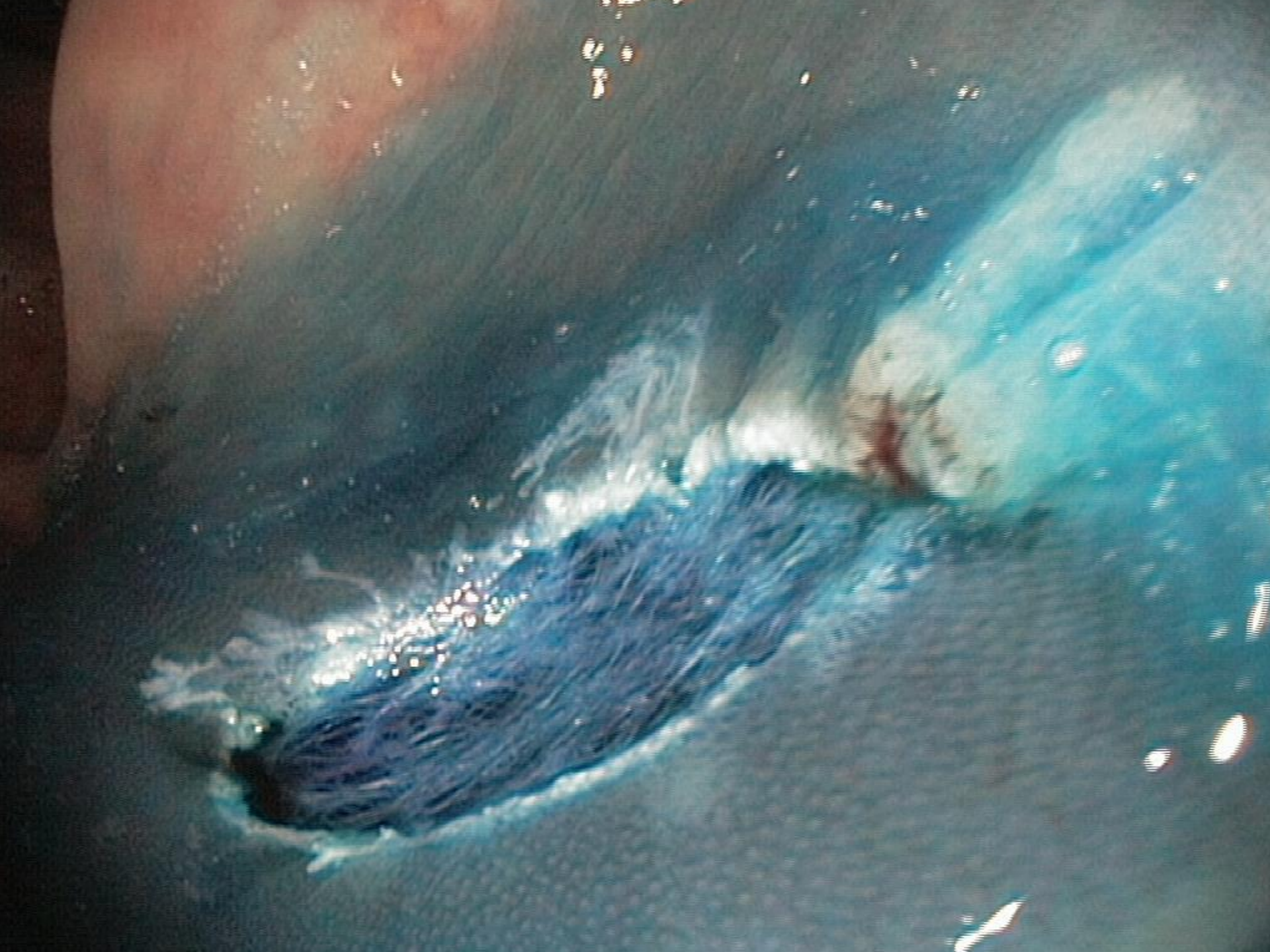
- Campagne de dépistage allemande par coloscopie
 - 269 000 examens
 - Cardio-pulmonaire 0,1 %
 - Hemorragie 0,8 % des polypectomies
 - Perforation 0,02 % des coloscopie 0,09% des polypectomies
 - Pas de mortalité

Bokemer B. Screening colonoscopy for CCR prevention: results from A german online registry of 269 000 cases.

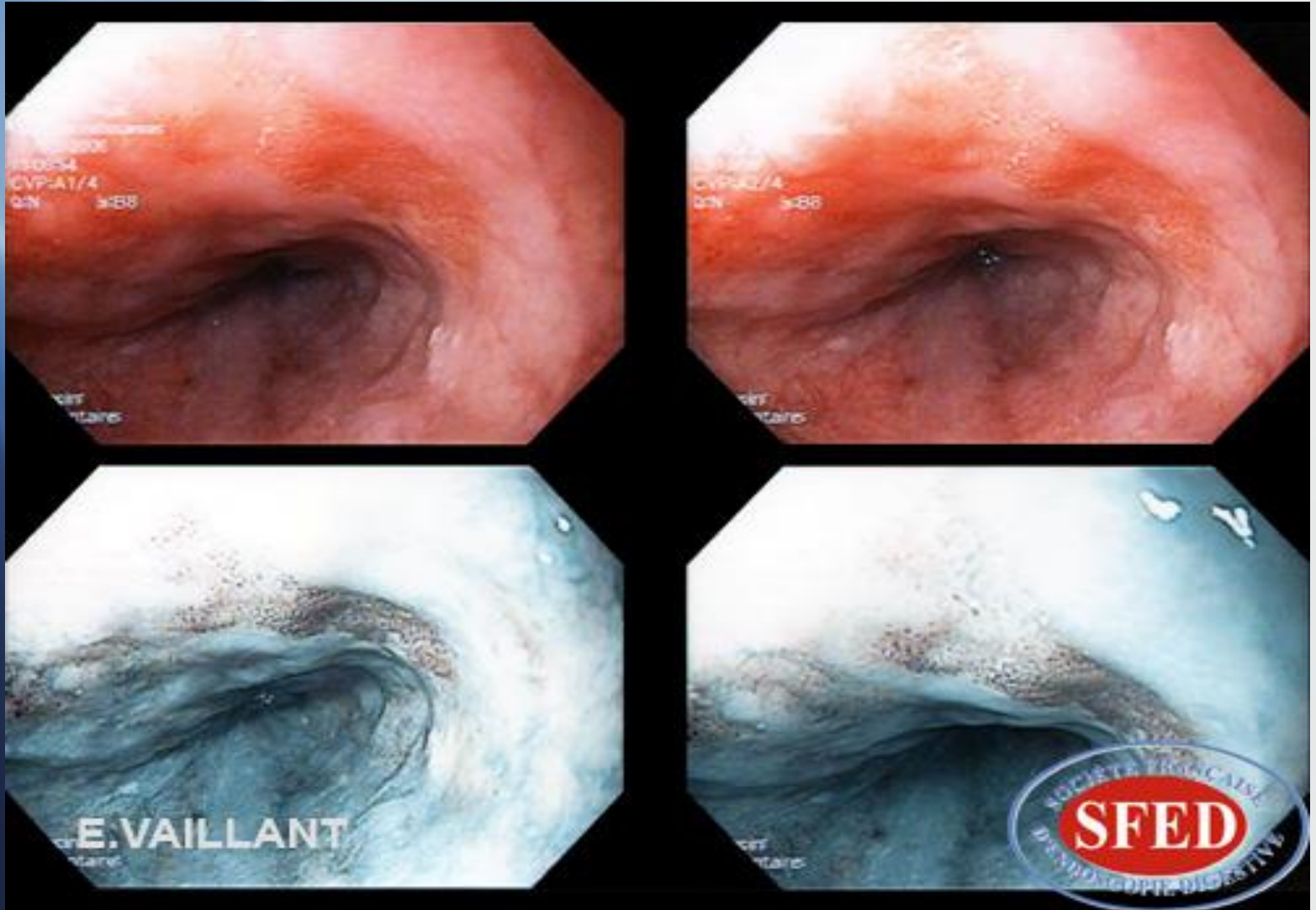








Lésion II c en HR et NBI



CONCLUSION

- Penser prévention et dépistage
- L'interrogatoire identifie les personnes à risque
 - Génétiques
 - ATCD personnels
 - Facteurs environnementaux
- A 50 ans si t'as pas fait t'as raté ta vie