

Dépistage des cancers

- de l'estomac
- de l'œsophage
- colo-rectal

Dr Eric VAILLANT,
Gastroenterologue ,
Marcq en B

Cancer épidermoïde de l'œsophage : Pourquoi dépister ?

Forte incidence régionale : 21/100 000

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

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

30 à 40 % après résection chirurgicale

Mortalité opératoire 2 à 4 %

4^{ème} cause de mortalité par cancer

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

Pourquoi dépister ?

- Les lésions précoces < T1 :
 - Trop peu diagnostiquées en France et en Europe :
 - 0,7 % de T1N0 / 6719 CEO/902 207 gastroscopies (1)
 - 4 % de T1 dont 0,8 % intra-muqueux
 - Améliorable (nbr muco ? 71 T1/800)
 - 4721 nouveaux cas/an, 3850 décès/an
 - Offre une survie spécifique à 5 ans : 95 %
- Population à risque : restreinte et identifiable
- Acceptabilité de l' examen : correct

(1) Froelicher P et al. The European experience with oesophageal cancer limited to the mucosa and the submucosa. *Gastrointest Endosc* 1986;32:88-90

Une étude Française de la SFED

- Multicentrique : 62 centres endoscopie
- 1095 pts :
 - ATCD cancer ORL
 - PCC
 - Cirrhose éthylique
 - Alcool-tabagisme > 50 ans
- Résultats :
 - 9,8 % lésion pré-cancéreuses et cancéreuses
 - 5,3 cancer 4,5 Dysplasie groupe 1
 - 20 % im, 20% uniquement après lugol
 - 67% DHG et 77 % DBG uniquement après lugol
 - 0 % gpe PCC, 7,3% gpe cirrhose, 2,9 %gpe A-T

Critères d'inclusion :

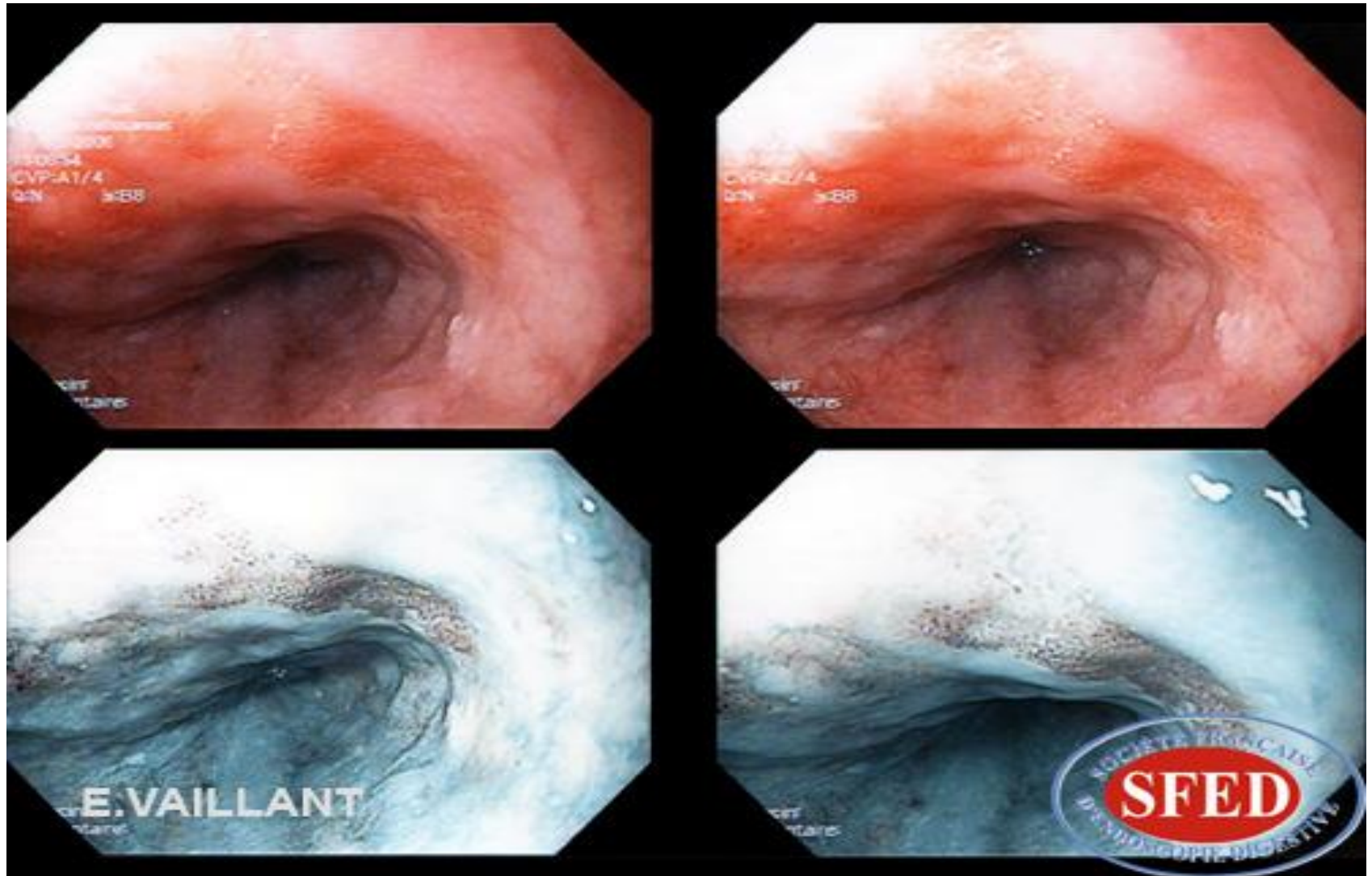
- ATCD cancer ORL
- ATCD cancer bronchique
- Cirrhose éthylique
- Intoxication éthylo-tabagique > 50 ans

Indication de gastroscopie

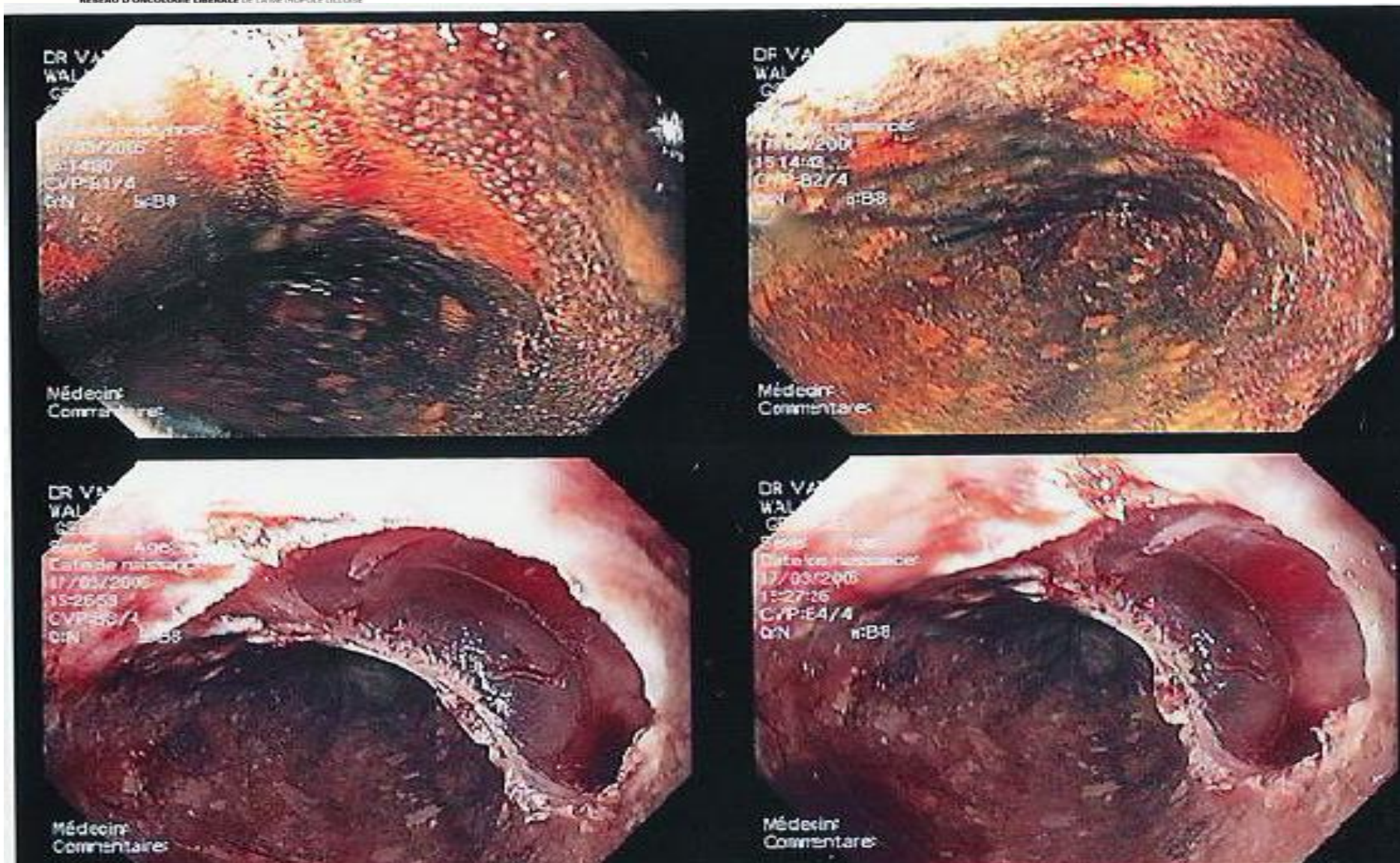
Prévention primaire du cancer de l'oesophage

- lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
- lutte contre l'obésité
- favoriser la consommation de fruits et légumes non féculents
- Vigilance sur les symptômes

Lésion II c en HR et NBI



Après mucoséctomie



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
 - Peu diagnostiqué
 - 40 % des pts atteints de cancer n'avaient pas de signe
 - Facteurs de risque : âge, poids, Hk tabac
- 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

Dépister la dysplasie

Cancer stade 0 ou 1 : 76 % sous surveillance vs 15 %

⇒ S 3 ans 80 vs 31 % (1)

Examen attentif et minutieux

Anomalie de couleur et relief

Endoscope haute résolution/AG,NBI/FICE

Biopsie ciblée et planimétrique

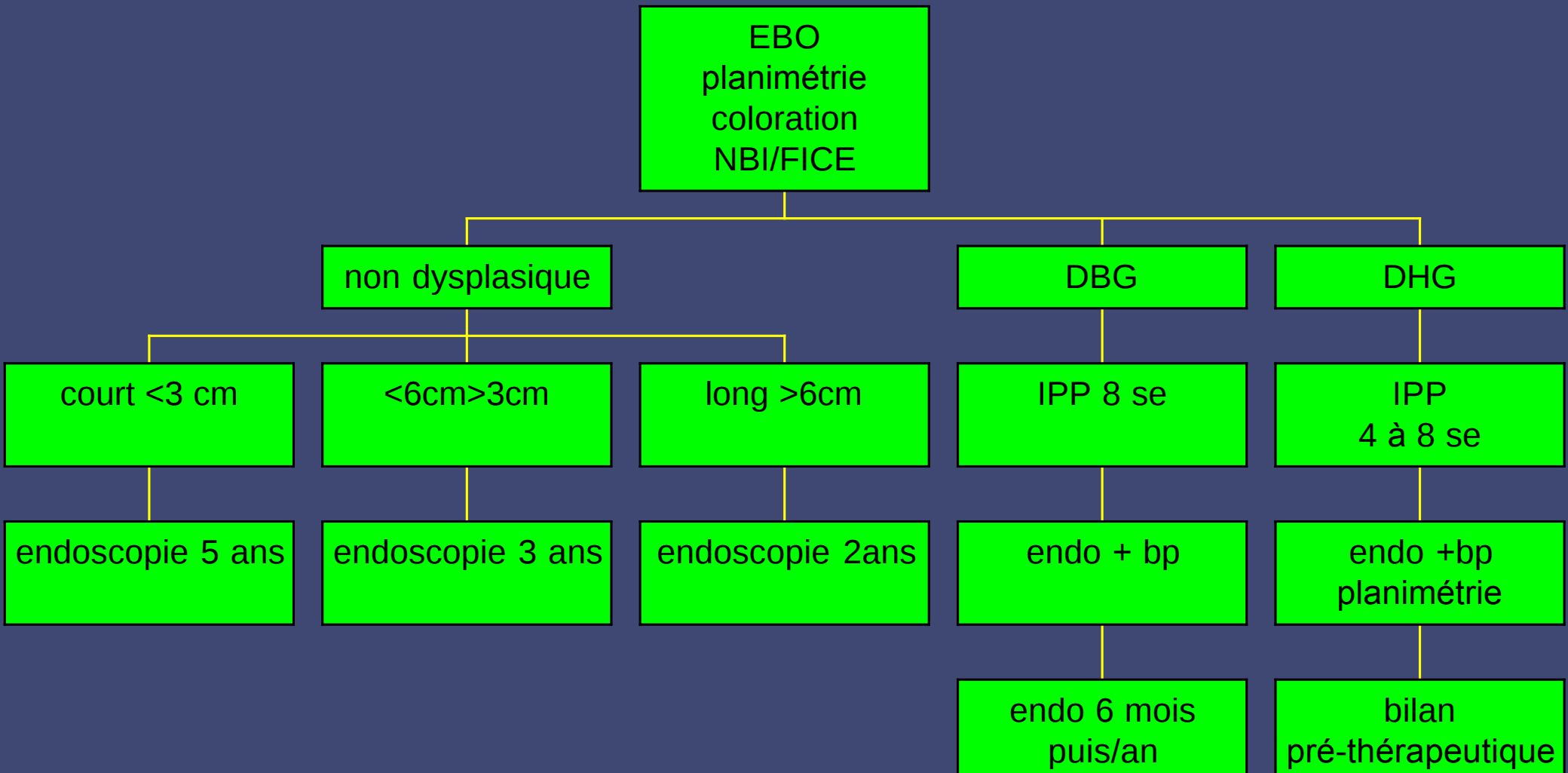
Double lecture anapath en dehors de lésions inflammatoires

Apport de la chromo-endoscopie

Coloration ac acétique ou indigo carmin (SFED)

(1) Fountoulakis A. Effect of surveillance of Barrett oesophagus on the clinical outcome of oesophageal cancer.
Br J Surg 2004; 91(8): 997-1003

Surveiller l'EBO : recommandation SFED



Recommandation conférence de consensus RGO de 1999 : gastroscopie

- >50 ans en présence de signes typiques

Ou symptômes atypiques

Ou < 50 ans :

- echec du traitement symptomatique en première intention

Signe 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

physiopathologie

- La métaplasie intestinale :

Complète (grêle)

Incomplète (côlon)

Risque : 8,4 % de cancers à 10 ans

- Les polypes :

glandulokystique : non

Adénomes et hyperplasiques : à risque, corrélé à HP

- Infection par HP (explique 80 % des cancers)

Réaction inflammatoire : rôle majeur

Facteur lié à l'hôte immunogénotype des cytokines Association des 2 RR 90

Souche bactérienne pro-inflammatoire cag A Vac A

Effet potentialisant : sel, régime pauvre anti-oxydant, tabac

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
- 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, identifier syndrome génétique (K<50 ans)
- Éradication ciblée :
ATCD 1^{er} degré K estomac
ATCD gastrectomie, mucosectomie pour un cancer superficiel
ATCD polypose recto-colique, HNPCC
Lésions pré-néoplasiques : atrophie, MI
Dysplasie BG : IPP contrôle à 3 mois puis/6mois
- La question : biopsies ?
A tout le monde !?

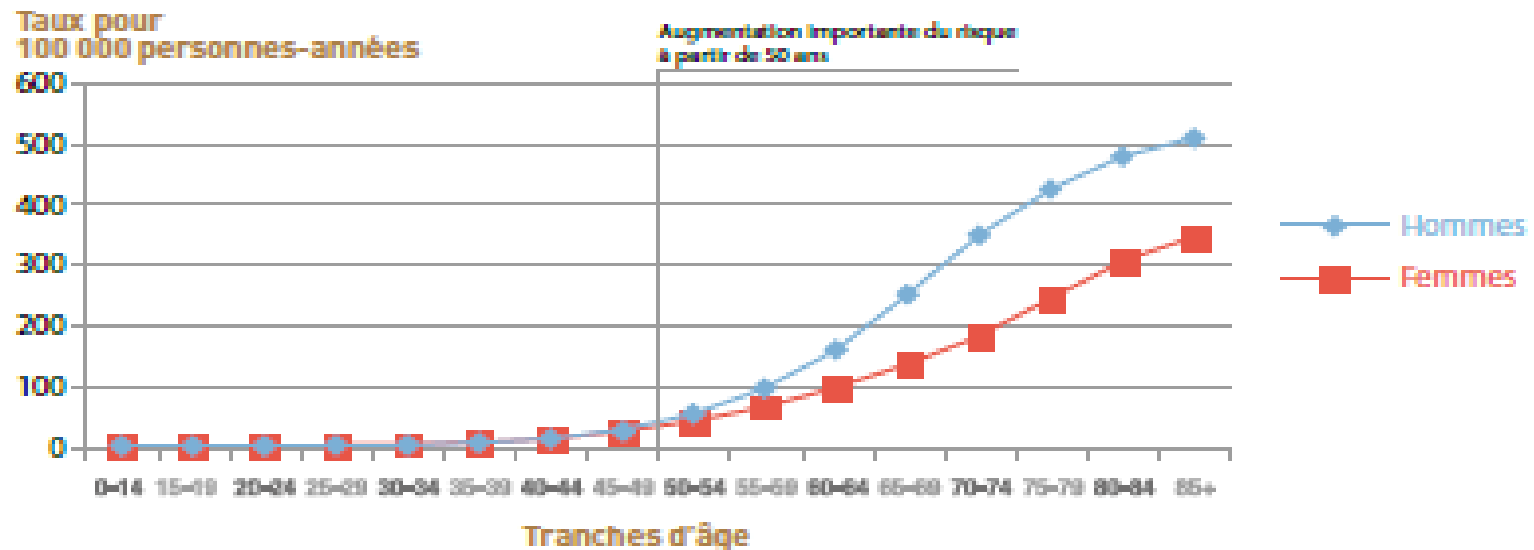
Cancer colo-rectal

- 42 000 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 ...
- Période pré-clinique longue : 2-3 ans
- Un test simple acceptable : hémocult/test immuno
- Séquence adénome-cancer
Permet d'éviter des cancers : polypectomie
- pronostic amélioré par le diagnostic précoce : lié stade TNM
- Preuve scientifique : baisse de la mortalité par CCR dans une population : 18 % (33% chez les participants)

Le cancer colorectal, qui est concerné par son dépistage ?

Les hommes et femmes de 50 à 74 ans
600 000 personnes dans le Nord,

Le cancer colorectal touche un peu plus les hommes que les femmes. 94% des cas apparaissent après 50 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 N 1 ou M0	☐	75
	T3-T4 N 2 M0	☐	50
		☐	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

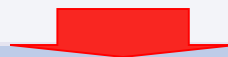
ATCD personnels :

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

30 %

ATCD familiaux :

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

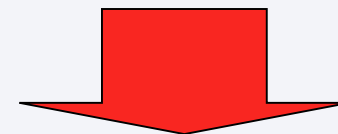


Coloscope de dépistage

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

Pas de cause mais des facteurs de risques

Score en cours de validation

- Âge :
 - 40-49 ans = 0; 50-54 ans = 1; 55-59 ans = 2; 60-66 ans = 3
- ATCD familiaux :
 - Aucun=0; 1^{er} degré > 60 ans = 1, 1^{er} degré < 60 ans = 2
 - 2 ATCD 1^{er} degré = 2
- Sexe :
 - F = 0; M = 2
- Tabac :
 - Aucun = 0; < 10 PA = 0; 10-19 PA = 1; >20 PA = 2
- IMC :
 - <25=0; 25-29 = 0; >30= 1 si H 0 si F
- Diabète : oui = 1; non=0
- Consommation de légumes verts : régulier=0; occasionnel=
- Consommation d'aliment frit : occasionnel=0; régulier=1
- Consommation de viandes blanches, volailles ou poisson
 - Régulier=0, occasionnel=1
- Consommation d'alcool :
 - Régulier=1; occasionnel=0
- Consommation de viandes rouges :
 - Occasionnel=0, régulier=2

Risque de néoplasie avancée > 5 %
si score > ou= 4

Acta Endosc.

DOI 10.1007/s10190-014-0411-z

VIDEODIGEST //

ÉTAT DE L'ART 2014

Risque moyen ou élevé de cancer colorectal : comment classer en 2014 ? Faut-il changer le paradigme ?

At Medium or High Risk of Colorectal Cancer: How Should It Be Classified in 2014? Does the Paradigm Need Changing?

D. Heresbach · P. Pienkowski

© Springer-Verlag France 2014

La réussite du DO dépend de la participation de la population

Participation

Mortalité par CCR

100 %



40 %

50 %



20 %

10 %



4 %

Les résultats actuels : campagne 1

- Tests réalisés : 182 506

Participation : 33 %

- Positifs 6748 (3,7%)

5004 coloscopies réalisées (1390 N)

504 cancers (10 %)

- St 0 (Tis) 108 + st I (T 1,2 N0) 153 = 261
- St II (T 3,4 N0) = 69
- St III (N1 N2) = 66
- St IV = 23

1520 Adénomes

↗ DBG : 1225

↘ DHG : 291

Participation campagne 2 : 22 % !

I-FOBT vs G-FOBT, quels avantages?

	TEST IMMUNOLOGIQUE	TEST AU GAIAC
Spécificité(Sp)/ Sensibilité(Se) ANALYTIQUE	- Spécifique de la partie globine de l' Hb humaine - Plus spécifique des saignements colorectaux - Détecte des saignements plus faibles	- Non spécifique de l' Hb humaine - Basé sur la mise en évidence de l' activité pseudoperoxydasique de l' hème. - Peut interagir avec certains aliments et médicaments
Se /Sp CLINIQUE	- Se [70%-85%] - Sp [95-98%] → plus de faux positifs et donc de coloscopies inutiles	- Se [50%-60%] - Sp ≈ 98%
Nbre de prélèvements(p)	1 à 2 p sur 1 à 2 selles	6 p sur 3 selles
Lecture des tests	- Automatisée: - Lecture reproductible, analyses répétées - Enregistrement et archivage informatique des résultats - Renforcement de l'assurance qualité - Ajustement du seuil de positivité et donc contrôle des taux de positivité et du rapport Se/Sp	- Visuelle (coloration bleue): - Double lecture à 1 min, non réanalysable - Pas d'archivage des résultats - Qualitative : test positif ou négatif

Attention aux pièges !

- Rectorragie = examen endoscopique
- Anémie ferriprive = examen endoscopique
- Respect des critères d'exclusion (risque élevé) :
 - ATCD personnel d'adénome ou de cancer CR
 - ATCD familiaux CCR 1^{er} degré
 - ATCD familiaux polype > 1 cm < 60 ans
 - ATCD familiaux 2 CCR
 - MICI : après un certain nbr d'années d'évolution
 - Acromégalie
- Les marqueurs tumoraux : non
- Respect des recommandations ANAES sur les indications de la coloscopie diagnostique

Endoscopie digestive basse : INDICATION en dehors du dépistage en population Chez les patients à risque moyen

- 1- symptômes digestifs isolés : douleur abdominale et/ou diarrhée et/ou constipation :
 - a- après 50 ans
 - b- avant 50 ans, en l'absence de réponse à un traitement symptomatique
- 2- En présence de rectorragies chroniques ou aiguës abondantes :
 - a- rectorragie chronique : itérative, rouge foncé quel que soit l'âge
 - b- rectorragie chronique isolée rouge vif > 50 ans
 - c- aigüe abondante
 - d- rectorragie chronique isolée rouge vif < 50 ans : colo/recto-sigmoïdoscopie
- 3- endocardite à *strepto bovis* groupe D
- 4- avant transplantation : pas de données
- 5- diverticulose colique symptomatique :
 - contre-indiquée en phase inflammatoire
 - recommandée à distance d'une inflammation aiguë, en cas d'indication opératoire ou de doute diagnostique avec une pathologie néoplasique

recommandation HAS avril 2004

Sur l'invitation : les critères d'exclusion

Attention!

Dans certaines situations particulières, le test Hemocult II® n'est pas indiqué. C'est le cas, si vous répondez **OUI** à l'une des questions figurant ci-dessous :

Vous avez dans votre famille un parent proche (parents, enfants, frères, sœurs) qui a eu un cancer colorectal ou un polype avancé*	☐ OUI ☐ NON
Vous avez eu un ou plusieurs polype(s) colorectal(x)*	☐ OUI ☐ NON
Vous avez eu un cancer colorectal*	☐ OUI ☐ NON
Vous avez une maladie inflammatoire intestinale chronique* (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)	☐ OUI ☐ NON
Vous avez eu une coloscopie (examen réalisé par un gastroentérologue) il y a moins de 5 ans Merci de préciser la date : / /	☐ OUI ☐ NON
Vous avez une autre maladie grave (autre cancer, dépression, etc.)	☐ OUI ☐ NON
Vous souffrez de douleurs abdominales récentes, prolongées et inexplicables.	☐ OUI ☐ NON

**Un suivi régulier par coloscopie est en général recommandé dans ce cas. Parlez-en avec votre médecin.*

Si vous répondez **OUI** à une seule question, vous devez probablement réaliser une coloscopie. Dans ce cas, merci de renvoyer ce document à **ADCN – BP 10339 59026 LILLE cedex**. Cela évitera de vous relancer inutilement.

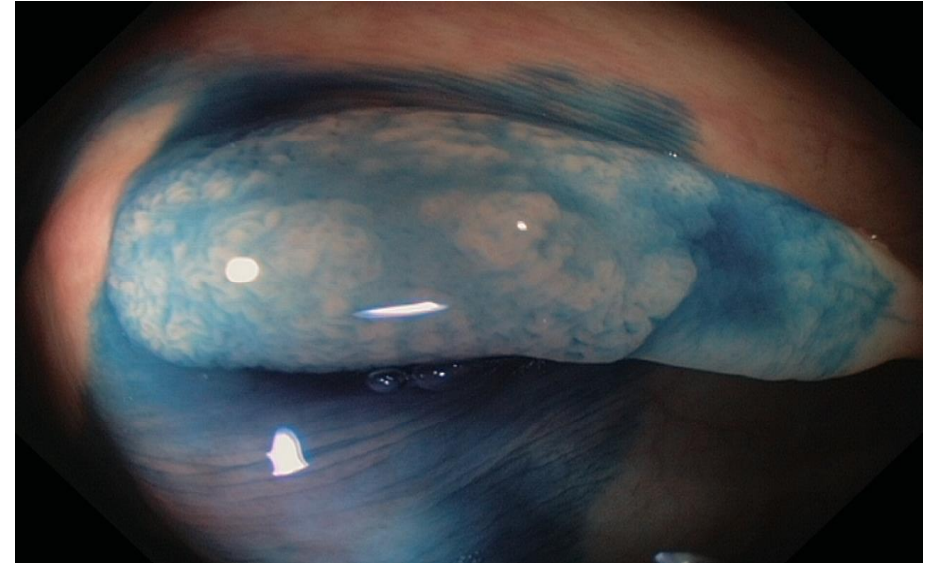
Si vous avez répondu **NON** à toutes ces questions : **vous devez réaliser le test.**

Si vous REFUSEZ ce test, merci de cocher la case ci-dessous et de renvoyer ce document à **ADCN – BP 10339 59026 LILLE cedex**. Cela évitera de vous relancer inutilement.

☐ Je refuse le dépistage Signature :

- critères de qualité de la coloscopie
déttection des lésions pré-cancéreuses
- Résection endoscopique :
Jusqu'ou ?

1-Voie des polypes festonnés : plan



2 voies de cancérogénèse

2-Séquence adénome-cancer (adéno-carcinome)

Moyenne 8 ans



A propos de la coloscopie

- Examen de pratique courante dont les risques et le résultats dépendent d'une pratique rigoureuse :

Critères de qualité :

- indication
- Information : cs
- Consentement
- Qualité de la préparation : cs, interrogatoire
- Qualité de la désinfection, traçabilité
- AG
- Examen minutieux de la muqueuse :
 - Anomalie relief, couleur : lésions planes
 - Coloration indigo carmin : HNPCC, PAF atténuée, MICI ?
 - Temps de descente > 6 mn (28 vs 11 % pour toute néoplasie 6,4 vs 2,6 % néoplasie avancée) *NEJM Barclay RL*
- Assurer les complications
- Compte rendu : MT et patient avec commentaire/histo et recommandations

Sfed : guidelines on performing a colonoscopy. Endoscopy 2006

La coloscopie un acte simple et standard ? un acte très opérateur dépendant

- temps de descente : 6 mn
 - 28 vs 11 % pour toute néoplasie 6,4 vs 2,6 % néoplasie avancée

NEJM Barclay RL

- Qualité de la préparation
 - Examen soigneux
 - Taux d' adénome (57 ans en moy): 56%H,48%F
 - Mauvaise préparation réduit taux détection des lésions du colon droit
- Qualité du matériel

*Raju GS AB328
houston*

- Cancer d' intervalle :
 - Plus souvent à droite
 - Difficultés de diagnostic des lésions festonnées
- Taux d' intubation caecale et de détection des adénomes très variable : 65 à 99 %

Kammel MA A S636

- impact sur la réduction du risque de cancer est variable

Les risques

Campagne de dépistage allemande par coloscopie

269 000 examens

Cardio-pulmonaire 0,1 %

Hémorragie 0,8 % des polypectomies

Perforation 0,02 % des coloscopies 0,09% des polypectomies

Pas de mortalité

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

La technique :

colorer,
injecter pour surélever



Fig. 3a - Aiguille dans la sous-muqueuse.

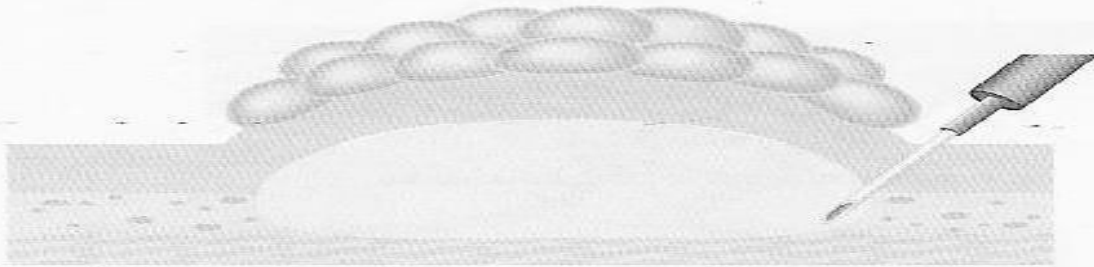


Fig. 3b - Injection sous-muqueuse : la surélévation témoigne de l'absence d'envahissement de la musculature.

Fig. 3 - Injecter et couper

Couper
vérifier les berges

La coloscopie est
thérapeutique



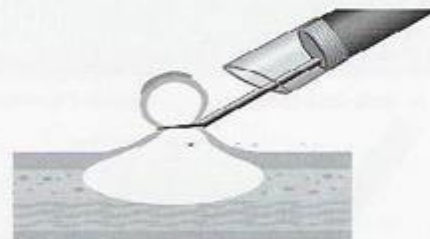
a - Injection sous-muqueuse.



b - Centrage de la lésion.



c - Aspiration de la lésion dans le capuchon.



d - Fermeture de l'anse.



e - Résection et aspiration de la pièce.

Fig. 4 - Aspirer et couper avec un capuchon distal plastifié.

CONCLUSION

ŒSOPHAGE :

- épidermoïde : patients à risques, vigilance SC
- adénocarcinome : attention RGO, +tabac

ESTOMAC :

- dépistage des patients à risque
- biopsies systématique : sans doute

COLON :

- test immuno
- redéfinition du groupe à risque élevé
- identification du risque très élevé
- critères de qualité/indication de la colo

Les limites de la résections endoscopiques sont carcinologique et techniques