

Face au cancer vous êtes bien entourés



oncomel

RÉSEAU D'ONCOLOGIE LIBÉRALE DE LA MÉTROPOLE LILLOISE

DATE D'ÉDITION : NOVEMBRE 2015

LE DEPISTAGE DES CANCERS

Quelles recommandations ?

Plaquette élaborée par les médecins spécialistes du réseau ONCOMEL
suite à un séminaire à destination des médecins généralistes, organisé en 2015
au réseau ONCOMEL sur le thème du dépistage en cancérologie.

oncomel.org

avec le soutien institutionnel
de «ROCHE»



DEPISTAGE ET PREVENTION, UN CHALLENGE POUR LE MEDECIN GENERALISTE

DEUX NIVEAUX D'INTERVENTION : SANTÉ PUBLIQUE ET PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

Pour quelles raisons ?

Incidence en croissance :

causes environnementales, mais surtout !

- Vieillesse de la population
- Explosion de l'obésité
- Tabagisme persistant

Augmentation attendue : 45 % d'ici à 2030

Prévention

- Actions visant à réduire l'incidence des cancers
- 40 % des cancers pourraient être évités
- Prédisposition individuelle génétique

Dépistage

Rechercher des lésions aux stades précoces voire des lésions précancéreuses avec trois objectifs :

- Assurer un excellent contrôle local et un meilleur pronostic
- Alléger les traitements et prévenir les séquelles
- Augmenter le taux de guérison et de retour à une vie normale (familiale, sociale, professionnelle)

Ecueil :

- Sur-diagnostic de cancers indolents ou peu agressifs (sein, prostate), aussi faut-il tenir compte des comorbidités et de l'espérance de vie
- Dépistage organisé ou individuel dans les populations à risques ou avec des mutations génétiques avérées ou fortement suspectées
- Incontournables : sein, colorectal, col utérin, peau, cavité buccale
- En évolution : prostate (à la recherche d'un meilleur test)
- En discussion : poumon, vessie

Prévention et dépistage :

- A distinguer radicalement
 - A mettre en œuvre impérativement
 - Plus efficaces que les progrès thérapeutiques, pour lutter contre la maladie cancéreuse
- =>rôle majeur du médecin généraliste**

Les risques

- Tabac alcool
- Obésité +++ sédentarité
- UV naturels et artificiels
- RX : maîtriser vos demandes d'exams radio et privilégier les exams non irradiants
- Infections :
 - virales : hépatite b et c, HPV, VIH /
 - bactériennes : Helicobacter
- Expositions professionnelles
- Mutations génétiques = mais réduire l'exposition aux risques identifiés



CANCERS UROLOGIQUES

CANCER DU REIN

Populations à risques

- Von-Hippel-Lindau
- HTA

CANCER DES VOIES EXCRETRICES SUPERIEURES

Populations à risques

- Carcinome Urothélial Vésical
- Syndrome de Lynch +++

Prévention

CAT : Cystoscopie et Cytologie annuelle (au minimum)

CANCER DU TESTICULE

Dépistage

AUTO-PALPATION ++++

Examen clinique

Populations à risques:

- homme infertile
- cryptorchidie (même opérée)
- micro calcifications (écho annuelle)

CANCER DE LA VESSIE

Populations à risques

- Tabagisme
- Exposition professionnelle

Prévention

CAT : Cytologie annuelle (Médecine du travail)
dans les entreprises exposées



CANCERS UROLOGIQUES (SUITE)

CANCER DE LA PROSTATE

PSA

- Prostate Specific Antigen
- Protéines de la famille des kallikréine
- Quantité importante dans le sperme (viscosité)
- Taux « normal » < 4 ng/ml (modulation en fonction de l'âge)
- Fraction libre (fraction liée (rapport L/T) à ne plus réaliser)

Variations :

- âge (< 3 ng/ml si < à 55 ans)
- volume prostatique
- prostatite
- cancer

Dépistage pourquoi ?

- Absence de facteurs de risques
- Asymptomatique au stade local
- 1/8 homme avant 75 ans
- 55 000 nouveaux cas en 2006
- Premier cancer de l'homme : 25 %
- 3ème cause de mortalité par cancer (8876 décès en 2012 – données INCA)
- Curable si pris au stade local
- Diagnostic possible au stade de début

Les faits : Baisse de mortalité

Constante depuis 1990 : de 17,8/100 000 (1990) à 10,8/100 000 (2011) = 26% de baisse

Diminution de 4% par an depuis 15 ans en France

- Hypothèses:
 - Développement du dépistage individuel par PSA
 - Amélioration des progrès thérapeutiques
 - Standardisation des traitements (Réunions de concertation pluridisciplinaires)

Modélisation (Cancer Case Control 2008; 19:175-181) :

50 % de la réduction de mortalité liée uniquement au dépistage

Dépistage : Polémique

L'HAS ne recommande pas le dépistage systématique du Cancer de Prostate par le PSA (juge peut performant la qualité du PSA comme test de dépistage)

Problématique

- Ne pas sous-traiter les cancers de prostate agressifs (diagnostic précoce pour traitement efficace)
- Eviter le diagnostic inutile de cancers de prostate de faible volume et peu agressifs (diminuer le sur-diagnostic) et leur traitement potentiellement inutile (diminuer le sur-traitement)

Dépistage : quand, qui ?

- Entre 50 et 75 ans (55 à 69 ans pour l'AUA)
- Sauf forme familiale (10 ans l'âge du premier cas diagnostiqué) ou dès 45 ans
- Origine afro-antillaise
- Individuel

Dépistage : comment ?

Une prise de sang pour doser le PSA

- => PSA entre 4 et 10 = cancer dans 20 à 25 % des cas
- => PSA > 10 = cancer dans 50 % des cas
- => PSA > 100 = cancer métastatique dans 100 % des cas

Vélocité du PSA : Augmentation > 1 ng/ml en 1 an

L'examen clinique :

le toucher rectal (Un toucher rectal normal n'exclut pas le cancer, un toucher rectal « anormal » impose la biopsie de prostate)

Les biopsies de prostate :

Elles sont indispensables pour affirmer le diagnostic. Elles sont effectuées par voie transrectale, sous AL.



QUELQUES CHIFFRES

- 10 % des cancers dans le monde
- 11 % des décès par cancers En France
- 25 000 nouveaux cas en 2000
- 11 000 décès
- 3eme cancer chez l'homme (prostate, poumon)

Epidemiologie

- Survie spécifique à 5 ans < 50 %
- Larynx 60 %
- Bouche Pharynx 33 %
- Œsophage 15 %
- 2/3 des tumeurs diagnostiquées à un stade avancé

Les risques

Tabac, Alcool, Virus (EBV, HPV)

Phases précliniques

- Larynx : dysphonie +++
- Cavité orale : lésions précancéreuses
- Erythroplasies
- Leucoplasties
- Lichen plan
- Papillome ?

Conclusion

- US Preventive Service Task Force: Il n'existe pas assez d'éléments pour recommander ou réfuter une stratégie de dépistage des cancers de la cavité buccale dans la population générale
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: Chez les patients à haut risques, un examen systématique annuel de la cavité buccale par le médecin ou le dentiste devait être évalué
- Cochrane group: Dû au manque de preuve et aux faiblesses méthodologiques des études, il n'existe pas assez d'éléments pour recommander ou réfuter une stratégie de dépistage

QUELQUES CHIFFRES

- Cancer du poumon = environ 40000 nouveaux cas/an en France en 2012 (sex ratio homme/femme : 3/1)
- 1ère cause de mortalité par cancer
- Survie globale : 14% à 5 ans, 9% à 10 ans
- Découverte tardive = maladie incurable

Dépistage

Objectifs : détecter le cancer à un stade asymptomatique (précoce) afin de diminuer la mortalité.

Historique du dépistage :

- Echec du dépistage par cytologie de l'expectoration
- Echec du dépistage par radiographie standard

Etude NLST (2011) : 3 dépistages par scanner faibles doses (CT-low dose) à 1 an d'intervalle chez plus de 53000 fumeurs > 30 PA sevrés depuis moins de 15 ans. Dépistage positif si nodule > 4mm ou présence d'une adénopathie ou épanchement pleural suspect. Les investigations étaient laissées libres à chaque centre (TEP, fibroscopie, ponction trans-thoracique). **Ce dépistage par CT low-dose a permis de réduire la mortalité par cancer du poumon de 20%.**

Points soulevés par cette étude :

- quid des irradiations par CT successifs
- quel impact psychologique ?
- dépistage TO, T1, T2: et après ?
- Coût économique ? : plus cher et moins efficace qu'une campagne annuelle de lutte contre le tabagisme (sevrage d'un fumeur actif de 50 ans réduit la mortalité de 50%)

Conclusion

- IFCT (Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique) et GOLF (Groupe d'Oncologie de Langue Française) : favorables au dépistage individuel au sein de populations ciblées (fumeurs âgés de 55 à 74 ans, fumeurs ou ex-fumeurs depuis moins de 15 ans, tabagisme > 30 PA)
- En France en 2015 pas de dépistage organisé par les autorités de santé**



CANCERS UTERINS

CANCER DE L'ENDOMETRE

QUELQUES CHIFFRES

- 6 000 cas par an en France
- Facteurs de risques: obésité, diabète, THM, Tamoxifène, Syndrome de Lynch
- 1er cause à penser devant des métrorragies de la post ménopause
- Types:
 - > type 1 (les plus fréquents) : tumeurs endométrioïdes,
 - > type 2 (de moins bon pronostic) : carcinomes à cellules claires, carcinomes papillaires séreux et carcinosarcomes

CARCINOME DU COL UTERIN

QUELQUES CHIFFRES

- 8 cas /100,000 dont 4,6 décès pour 100,000 femmes par an en France
- Vers 45-55 ans (pic à 55 ans)
- Facteurs de risques: infections HPV, tabac, immunodépression, absence de dépistage +++
- 80-90% carcinome épidermoïde et 10-20% adénocarcinome (zone de jonction cylindro-malpighienne)

Diagnostic

- Clinique : Métrorragies, leucorrhée glaireuse, douleurs abdominales
- Radiologique :
 - Échographie pelvienne: épaissement, hétérogène, hyper vascularisation
 - IRM pelvienne: bilan d'extension et stadification
- Histologique: Biopsie endomètre, curetage
- Biologique: marqueurs tumoraux (CA 125, ACE, CA 19.9)
- **Pas d'examen de dépistage**

Polype

Diagnostic : Echographie pour métrorragie + hystérocopie
Traitement : Résection polype + Progestatif

Hyperplasie endometre

Classification : simple, complexe avec ou sans atypies.
Hyper-oestrogénie relative: corps jaune déficient, péri-ménopause, obésité ...
Diagnostic: échographique, hystérocopie
Traitement : médical, chirurgical

Dépistage

- 1 frottis cervical / 3 ans si 2 frottis normaux à un an d'intervalle
- Début à 25 ans (mais adapté vie sexuelle)
- Fin 65 ans
- Suivi fonction résultat: ASC-US, ASC-H, AGUS, LIP bas grade et haut grade ...

Tableau décisionnel

- ASC-US: recherche HPV
 - > HPV négatif : frottis à 6-12 mois.
- Si prochain frottis normal = suivi de routine
 - > HPV positif : Colposcopie + biopsie
- ASC-H : Colposcopie + biopsie
- ASG-US : exploration endométriale
- LIP Bas grade : Colposcopie + biopsie
 - > Contrôle cytologique à 6 mois
 - > Si 2 ans de frottis normaux = suivi de routine
- LIP Haut grade : Colposcopie + biopsie
 - > Conisation

Vaccin HPV

- GARDASIL (quadrivalent = HPV 6 + 11 + 16 + 18)
 - > 3 doses à 0, 2 et 6 mois en IM
- CERVARIX (bivalent = HPV 16 + 18)
 - > 3 doses à 0, 1 et 6 mois en IM
- Quand ?
 - > entre 11 et 14 ans, rattrapage jusqu' à 20 ans si pas de rapport de plus de 1 an
- Attention : continuer les frottis
- Evolution HPV :
 - > Uniquement 1% à 3% des infections HPV oncogène pourraient évoluer vers un cancer
 - > Le délai moyen entre CIN de haut grade et cancer est estimé à 10 ans



CANCER DU SEIN

QUELQUES CHIFFRES

1er cancer chez la femme : 50000 nouveaux cas / an
1 femme sur 8 concernée !
Cancer du sein = 30 % des cancers chez la femme
1ere cause mortalité par cancer chez la femme : 12000 décès/an
Cancer en hausse constante depuis 25 ans
Impact économique majeur : Inca 2004 : Coût direct cancer SEIN = 1,5 Milliard € (13 % des dépenses de l'ensemble des cancers)

Principaux « outils RX » dépistage

> Palpation médicale et autopalpation
> **Couple mammographie-échographie mammaire**
> Tomosynthèse
> IRM mammaire
si dépistage précoce : Survie à 5 ans = 90 % si la tumeur est inférieure à 1cm au diagnostic

Comment dépister vos patientes ?

- **AGE PATIENTE**
- **ESTIMATION RISQUE RELATIF**
> Interrogatoire : 3 ATCD FAMILIAUX DIRECTS ou 2 ATCD avec cancer bilatéral et/ou avant 40 ans
=> Consultation oncogénétique
> Calcul Score Inserm et avis oncogénétique :
=> Score 5 ou + : Excellente indication
=> Score 3-4 : indication possible
=> Score 2 ou - : Pas indication

Type ATCD	score
Mutation authentifiée famille	5
cancer du sein avant 30 ans	4
cancer du sein 30-40 ans	3
Cancer du sein 40-50 ans	2
cancer du sein 50-70 ans	2
cancer du sein chez homme	4
cancer de l'ovaire	3

Dépistage avant 40 ans

- Rares : 5 % des cancers du sein
- Femme jeune avec radiosensibilité accrue ++
- Population générale sans facteur de risque :
> Pas de dépistage radiologique systématique (cancer rare, FP++, lésions bénignes, seins denses)
- Mutations génétiques (BRCA1-BRCA2) :
> A partir 25 ans = IRM annuelle
> A partir 35 ans = IRM + Mammographie (1 oblique)-échographie annuelle

Femmes de 40 à 49 ans

> CAT : Estimation risque relatif de cancer du sein :

- 1. RR < 2 = Pas de mammographie en dépistage systématique**
> Nullipare
> ATCD 2 degré
> 1 Grossesse après 30 ans
> Contraception orale
- 2. RR > 2 = mammographie biennale**
> Sein très dense
> 1 ATCD 1^{er} degré avant 60 ans
- 3. RR > 4 = mammographie annuelle**
> 2 ATCD 1^{er} degré avant 60 ans

Femmes de 50 à 74 ans

DEPISTAGE ORGANISE = ADCN (association du dépistage organisé des cancers du Nord de la France)
> Double lecture (si résultats bénins en L1)
> L2 : « rattrape » 1,5 % mammographies anormales
> Radiologues et mammographes accrédités
> Réduction du décès / cancer sein entre 15-25% selon études internationales si dépistage régulier
> Dépistage biennal
> Besoin de participation d'au moins 70 % des femmes pour voir effet significatif sur une baisse de la mortalité
> Pas pour patiente à risque (BRCA, ATCD familiaux, ATCD personnel de cancer du sein ...)

Femmes après 75 ans

- Persistance du risque de cancer mais arrêt du dépistage organisé !
- Etudes prouvent que dépistage augmente la survie
- Intérêt d'un examen clinique régulier
- Evaluer le bénéfice du dépistage par rapport à l'état clinique et à la comorbidité
Si intérêt dépistage = Mammographie biennale



CANCERS CUTANÉS

Nette augmentation de l'incidence des cancers cutanés en France ces dernières années (environ 100 000 nouveaux cas annuels).



Dépister les patients à risque

- Phototype clair
- Professionnelle, loisirs
- Puvathérapies répétées
- Transplantés d'organes
- Exposition fréquente au soleil
- cabines de bronzage
- Traitements immunosuppresseurs
- Antécédents personnels ou familiaux de cancer cutané

DEUX TYPES DE CANCERS CUTANÉS

- Carcinomes basocellulaire et spino-cellulaire : prolifération maligne d'origine épithéliale
- Mélanome : tumeur maligne d'origine mélanocytaire

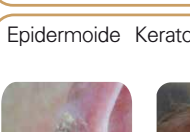
Basocellulaires



1



2



3



Reconnaitre un carcinome basocellulaire (70%)

- Le plus fréquent des cancers cutanés
 - Ne métastase pas
 - Surtout sur les parties découvertes
 - Y penser devant toute lésion érythémateuse chronique (perle)
1. Basocellulaire nodulaire : papulo-nodule érythémateux
 2. Basocellulaire superficiel : lésion érythémateuse, kératosique
 3. Basocellulaire sclérodermiforme : induration blanchâtre

Reconnaitre un epidermoïde (20%)

Risque de métastase ganglionnaire et viscérale :
Surtout sur les parties découvertes mais parfois sur les muqueuses.
Souvent précédé d'une lésion précancéreuse : kératose actinique
Bowen. Parfois sur plaie chronique y penser devant une lésion érosive chronique ou une lésion pulonodulaire crouteuse.

Epidermoïde Keratoacanthome

Kératose actinique



Reconnaitre un mélanome (10%)

Le plus grave des cancers cutanés

À tout âge mais rare chez l'enfant. Souvent sur le tronc chez l'homme, sur les jambes chez la femme. Soit apparition d'une nouvelle lésion pigmentée. Soit modification d'un naevus préexistant. Se méfier de toute lésion pigmentée (ou rouge) d'évolution rapide surtout si différente des autres naevi (vilain petit canard)

La règle ABCDE permet de retenir les signes qui doivent alerter

- A=Asymétrie
- B=Bords irréguliers
- C=Couleur inhomogène
- D=Diamètre qui augmente (plus de 6mm)
- E=Evolution

Mélanome



En conclusion

- Conseiller aux patients à risque de cancers cutanés une visite annuelle chez le dermatologue. En cas de suspicion de cancer cutané, adresser le patient au dermatologue pour biopsie ou exérèse d'identification selon le cas (rapidement si suspicion de mélanome) et éventuelle présentation du dossier en réunion multidisciplinaire.
- **Vigilance ++ pour tous nos patients qui aiment ++ le soleil**



CANCERS DIGESTIFS

LE CANCER COLORECTAL CCR

QUELQUES CHIFFRES

42 000 cas/an et 18 000 décès par CCR
3^{ème} cancer de l'homme (après la prostate et le poumon)
2^{ème} de la femme après le sein.

Après 50 ans pour chaque patient : l'interrogatoire permet de classer chaque personne dans une des 3 catégories (cf tableau).

La présence de symptômes : douleur, modification de transit, rectorragie doit orienter vers une consultation de spécialiste en vue d'une démarche diagnostique (coloscopie).
Avant 50 ans si les symptômes persistent plus de 3 mois (coloscopie).

Dépistage du CCR : recommandations

Risque moyen	Après 50 ans / Absence d'ATCD personnel ou familial de polype ou de CCR / Absence de symptômes	Test immunologique tous les 2 ans dans le cadre de la campagne nationale de dépistage Coloscopie si positif
	Si score de Kaminsky > ou = 5	Coloscopie
Risque élevé	Patient 1 ^{er} degré atteint de CCR ou adénome avancé	Coloscopie tous les 5 ans à partir de 45 ans (1 parent) ou de 40 ans (2 parents) Ou 5 ans avant l'âge de cas index
	Sujet ayant un ATCD de CCR ou d'adénome	Coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale
	Sujet ayant une colite inflammatoire chronique (maladie de Crohn ou rectocolite)	Coloscopie tous les 2 ans après 15 ans d'évolution, 8 ans si colite étendue
Risque très élevé	Polypose adénomateuse familiale	Coloscopie annuelle de 15 à 40 ans Si polypose : coloprotectomie totale avec anastomose iléoanale Consultation génétique
	HNPCC (syndrome de Lynch)	Coloscopie (coloration indigo carmin) tous les 2 ans à partir de 25 ans ou 5 ans avant l'âge du sujet atteint le plus jeune : poursuivre selon morbidités Consultation génétique

Question non résolue : 40% des cancers surviennent après 74 ans.
Avant 50 ans une coloscopie de dépistage peut être recommandée s'il existe un ATCD de CCR du 1^{er} degré avant 55 ans.

CARCINOME HEPATOCELLULAIRE

QUELQUES CHIFFRES

- Tumeur maligne primitive hépatique la plus fréquente (80-85%)
- 5^{ème} cancer pour l'homme
- 8^{ème} cancer pour la femme
- 4% des Nx cas de K dans les 2 sexes
- Incidence annuelle en France > 4 000 cas/an
- 500 000 décès/an dans le monde
- Développé dans 90% des cas sur une cirrhose constituée

Facteurs de risques CHC

Obésité / diabète / Alcool

Dépistage et traitement précoce CHC

Le dépistage du carcinome hépatocellulaire améliore la survie

Dépistage : bilan biologique + dosage de l'Alpha-fœtoprotéine et échographie abdominale tous les 6 mois



CANCERS DIGESTIFS (SUITE)

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Sa prévalence est en diminution en France mais la région Nord-Pas-de-calais reste une zone où l'incidence est une des plus élevée au monde :

- Le cancer épidermoïde est lié à l'effet synergique de la consommation excessive de tabac et/ou d'alcool, il est associé à un cancer ORL dans 12 à 17 % des cas.
- L'adénocarcinome de l'œsophage est lui en augmentation régulière. Le facteur de risque le plus important est le reflux gastro-œsophagien dont la fréquence augmente avec l'obésité.

Recommandation de dépistage

- Pas de dépistage organisé mais les recommandations actuelles des sociétés savantes visent à dépister chez les patients à risque les lésions reconnues comme pré-cancéreuses (endobrachy-œsophage ou œsophage de Barrett, dysplasie) ou de petits cancers facilement traitables en particulier par voie endoscopique (mucosectomie) avec un taux de guérison élevé (> 80 %).

Prévention primaire

- Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
- Lutte contre l'obésité
- Favoriser la consommation de fruits et légumes non féculents

Prévention secondaire

- Indications de l'endoscopie digestive haute (la gastroscopie)
=> Après 50 ans en cas de signes de RGO et avant prescription d'IPP
=> Avant 50 ans en cas de RGO persistant ou récidivant après IPP
- Néoplasie épidermoïde œsophagienne : bilan initial et surveillance en fonction du pronostic et du type de traitement par gastroscopie avec coloration de l'œsophage au Lugol.
- Histoire actuelle ou surveillance de néoplasie ORL ou de la cavité buccale : bilan initial et surveillance par gastroscopie avec coloration de l'œsophage au Lugol
- Achalasie : bilan initial (éliminer une néoplasie) puis surveillance tous les 2 ans, 15 ans après le diagnostic.
- Tylose ou kératose palmoplantaire à partir de 30 ans, surveillance tous les 2 ans.
- Brûlures caustiques : gastroscopie 15 ans après l'ingestion à répéter tous les 2 ans dans le cadre de la surveillance.

CANCER DE L'ESTOMAC

La faible fréquence du cancer gastrique n'incite pas à un dépistage systématique de la population mais la question de réaliser systématiquement des biopsies au cours des gastroscopies réalisées en cas de symptômes en particulier chez les jeunes se pose.

Le développement du cancer se fait selon la séquence : atrophie, métaplasie, dysplasie de bas puis de haut grade, carcinome sur de nombreuses années. L'infection chronique par *Helicobacter Pylori* sur un terrain génétique particulier est le facteur principal.

QUELQUES CHIFFRES

6794 cas/an en France (65 % d'hommes) et 4756 décès, en nette diminution, 74 ans en moyenne.
La survie à 5 ans (taux de guérison) reste faible (20 %).

Facteurs de risques reconnus

- Consommation excessive de sels ou aliments salés.
- Maladie de Biermer (gastrite atrophique) ou de Ménétrier (gastrite hypertrophique).
- Chirurgie de l'estomac.
- Polypes gastriques adénomateux ou hyperplasiques.
- Syndrome de Lynch ou HNPCC (cancer du colon héréditaire), Peutz jehgers.
- Présence de lésions pré-néoplasiques sur les biopsies : atrophie, métaplasie intestinale, dysplasie.
- RGO et tabagisme pour le cancer du cardia (en augmentation).
- ATCD familial de cancer de l'estomac.
- Mutation E-cadherine (CDH1) : forme héréditaire autosomique dominante (si >2 cas apparentés du premier degré dont 1 <50 ans ou >3 cas apparentés 1er degré).

Recommandation de dépistage systématique par gastroscopie :

- ATCD 1^{er} degré cancer de l'estomac avec biopsies antrales et fundiques pour le dépistage de l'*Helicobacter Pylori*. (+ de 5 biopsies)
- ATCD gastrectomie, mucosectomie pour un cancer superficiel.
- ATCD polypose recto-colique, HNPCC.
- Lésions pré-néoplasiques : atrophie, métaplasie intestinale, dysplasie.
- Gastrite chronique à *Helicobacter Pylori* avec atrophie, métaplasie intestinale : surveillance tous les 3 ans avec multiples biopsies.
- Lésions dysplasiques : confirmation par biopsies après un traitement par IPP de 3 mois. Surveillance ensuite tous les 6 mois en l'absence d'exérèse.
- ATCD d'ulcère gastroduodénal si *Helicobacter Pylori* n'a pas été recherché.
- Cas de cancer gastrique < 50 ans : consultation oncogénétique (arbre généalogique et recherche CDH1). Si mutation CDH1 : gastroscopie des apparentés 1^{er} degré quel que soit l'âge et gastrectomie prophylactique si la mutation est retrouvée.

