

# FORMATION IDE EN CANCÉROLOGIE BFC

Session digestif

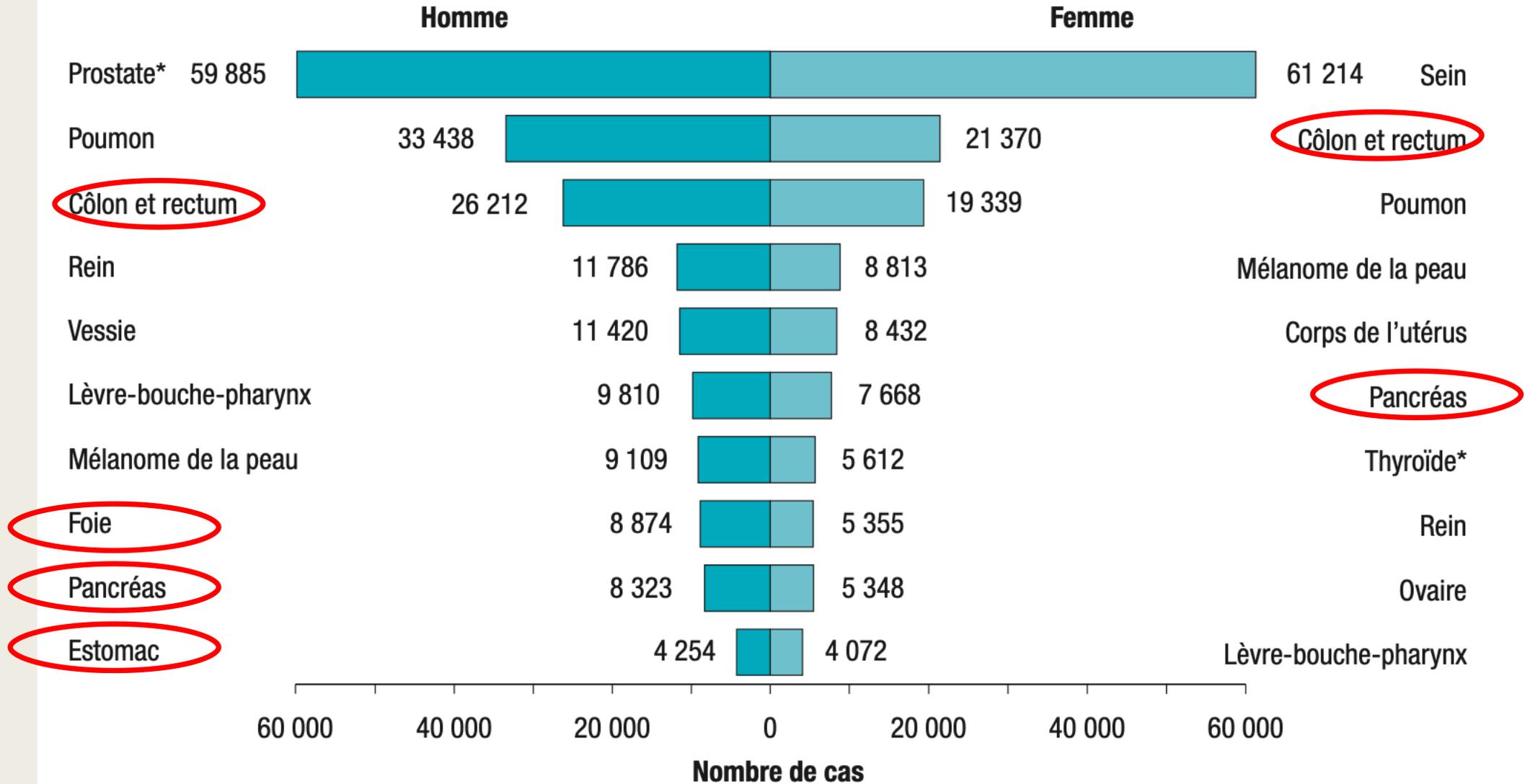
Prise en charge médicale des cancers digestifs

Dr Morgane Stouvenot

11 mars 2024

# Les cancers digestifs en France

Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France métropolitaine en 2023



# Cancer colorectal



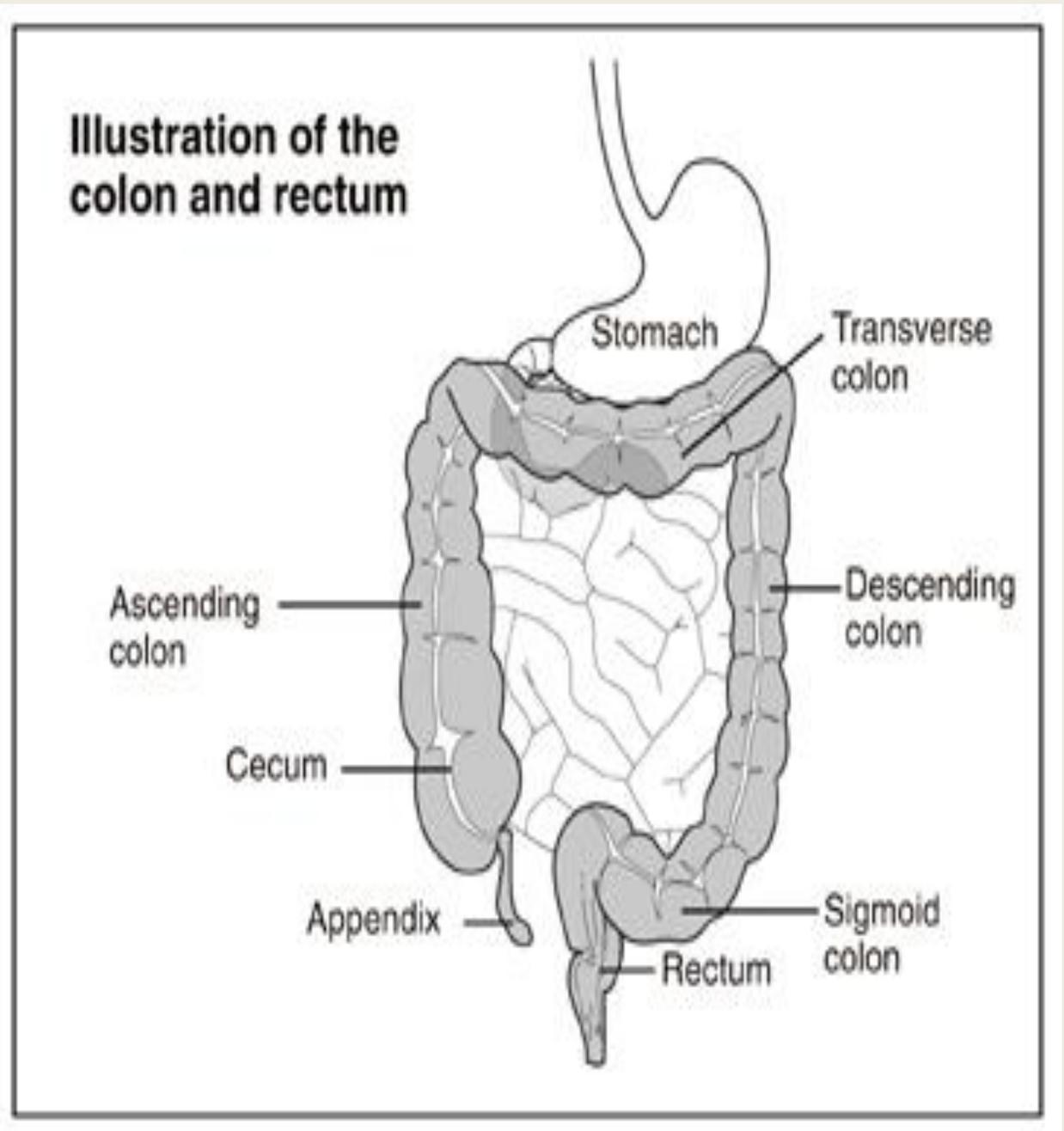
# EPIDEMIOLOGIE

- En France 43 000 nouveaux cas par an
- 17 000 décès par an
- 3<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent chez l'homme et 2<sup>ème</sup> chez la femme
- 2<sup>ème</sup> plus mortel
- Survie à 5 ans : 63% tous stades confondus
- 25% de patients métastatiques au diagnostic



# EPIDEMIOLOGIE

- Caecum 14 %
- Colon ascendant 10 %
- Colon transverse 12 %
- Colon descendant 7 %
- Sigmoïde 27 %
- Rectum 30 %



# FACTEURS DE RISQUE

- Consommation d'alcool
- Surpoids, obésité
- Tabagisme
- Alimentation pauvre en fibres, excessive en viande rouge ou en viandes transformées
- Sédentarité et manque d'activité physique
- Génétique et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin



# DEPISTAGE ORGANISE

- M. F 50 ans, pas d'antécédent sauf un surpoids (IMC 33), asymptomatique
- Reçoit un courrier de sa CPAM
- Il commande donc en ligne son kit de dépistage ([monkit.depistage-colorectal.fr](http://monkit.depistage-colorectal.fr))



# DEPISTAGE ORGANISE

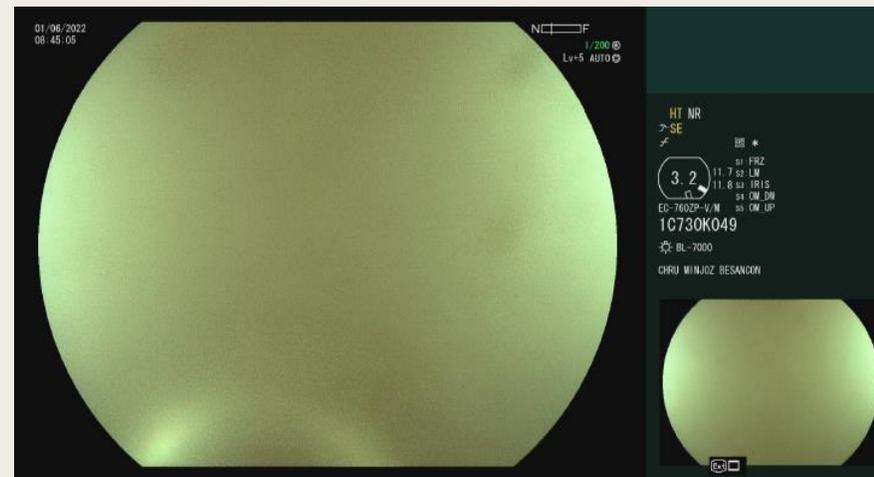
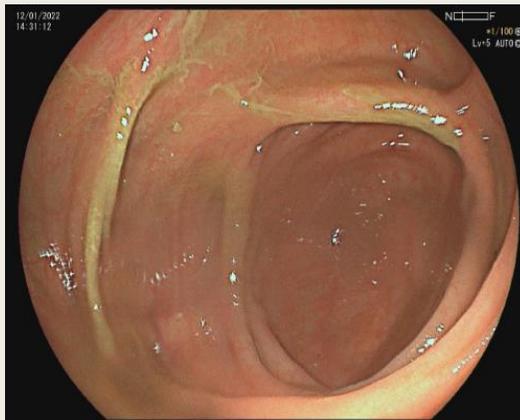
- Test immunologique qui vise à déceler la présence de sang dans les selles
- Résultats en ligne sous 3 jours ou par courrier sous 15 jours
- Test négatif dans 96% des cas
- Pour qui ?

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	<b>Population générale</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 50 à 74 ans.</li><li>• asymptomatique.</li></ul>	<b>Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Maladie de Crohn colique.</li><li>• Rectocolite hémorragique.</li></ul> <b>Antécédents d'adénome* ou de CCR</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personnel.</li><li>• Familial (1<sup>er</sup> degré).</li></ul>	<b>Prédisposition héréditaire</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Polyposes adénomateuses familiales (PAF).</li><li>• Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch).</li></ul>

- A réaliser tous les 2 ans

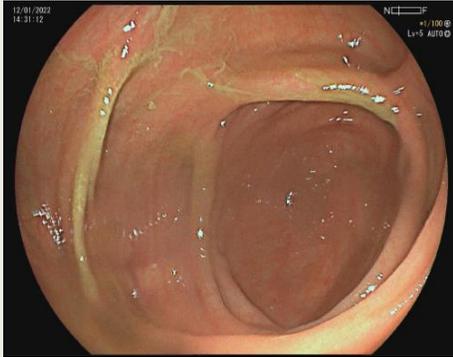
# COLOSCOPIE

- M. F fait son test qui revient positif, son médecin traitant l'adresse donc à un gastroentérologue
- La consultation de gastroentérologie permet de faire le point sur les antécédents personnels et familiaux, les traitements en cours et d'expliquer les modalités de réalisation de la coloscopie et les complications possibles
- Modalités de réalisation : préparation colique (fractionnée), régime sans résidus, à jeun
- Complications : Hémorragies et perforations (<1%)

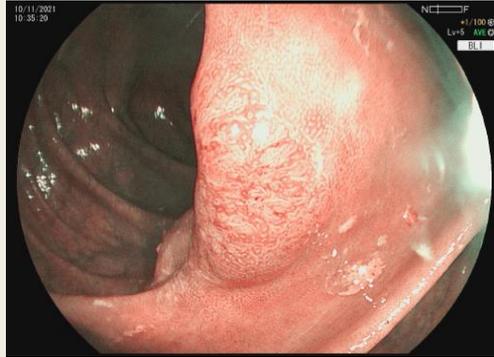


# Pourquoi rechercher des polypes

- Séquence adénome- adénocarcinome



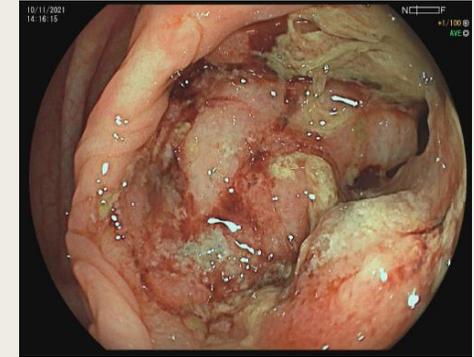
Muqueuse normale



Dysplasie de bas grade



Dysplasie de haut grade

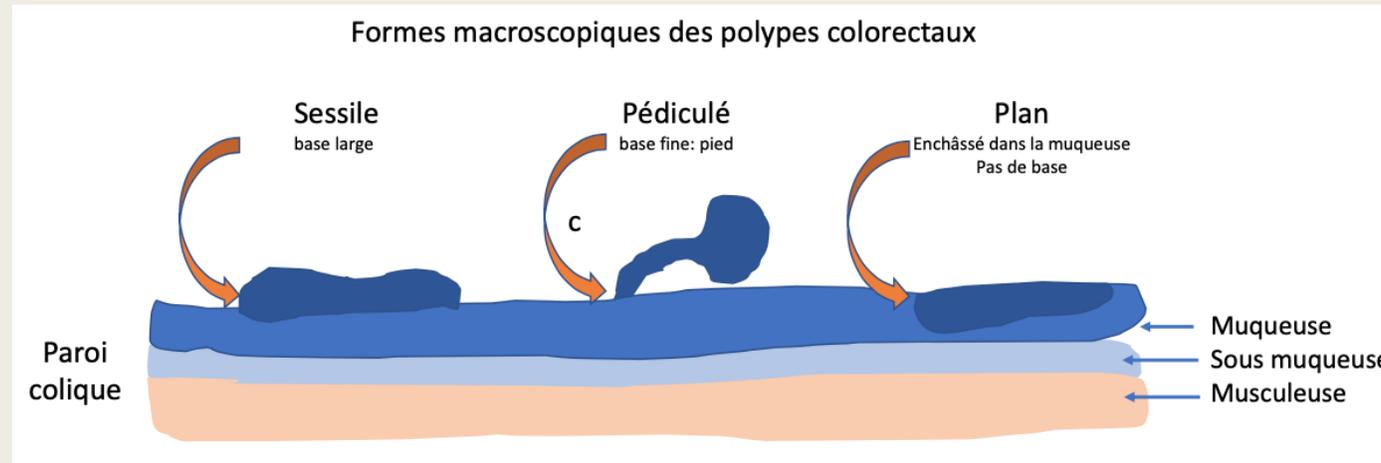


Cancer

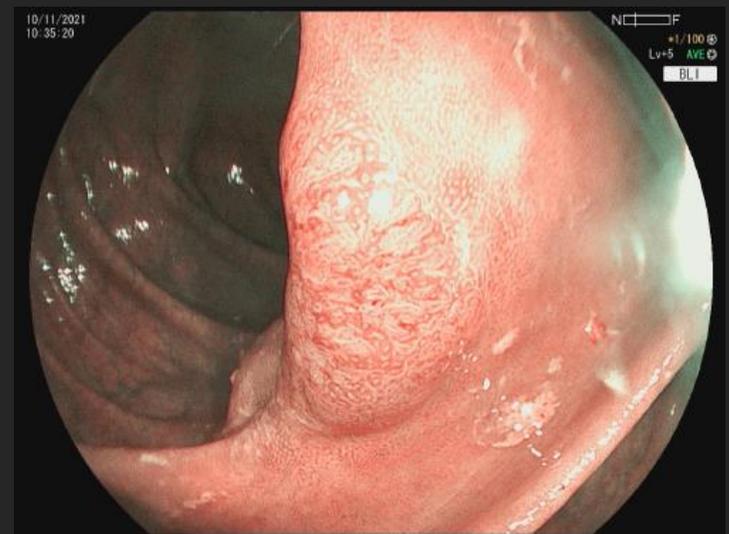
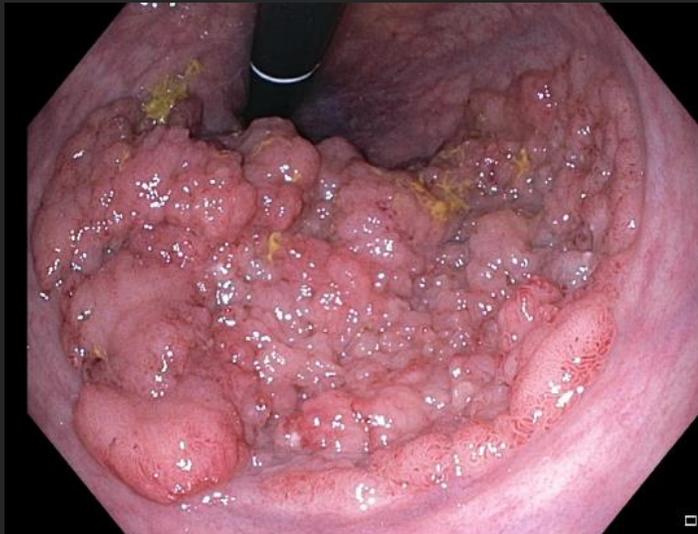
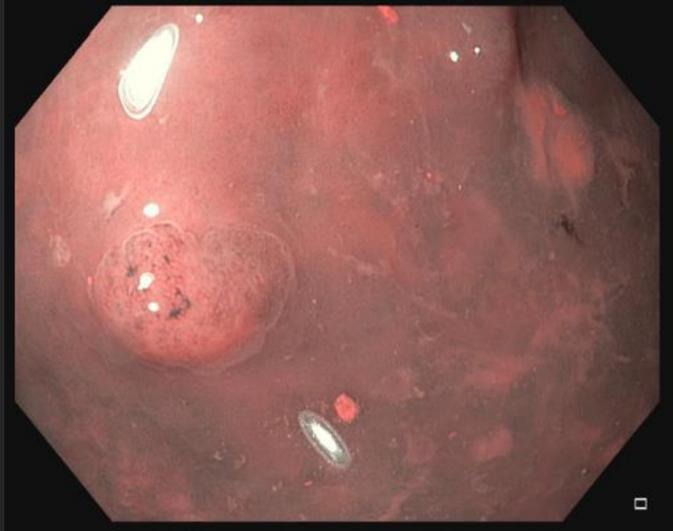
Accumulation anomalies génétiques

# COLOSCOPIE

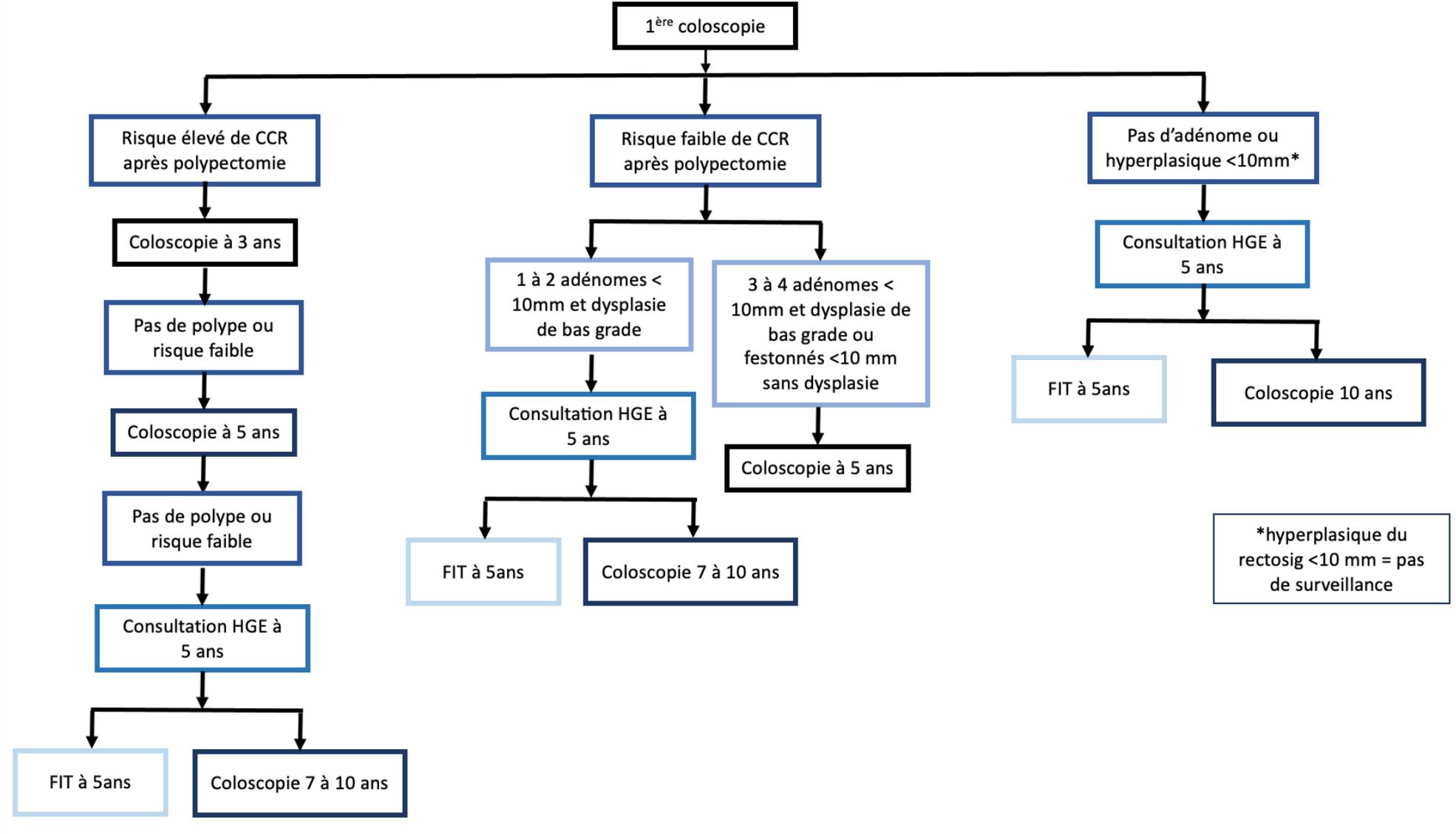
- M. F réalise sa coloscopie qui permet l'exérèse de 4 polypes dont un > 1cm
- L'analyse histologique met en évidence quatre adénomes



- Plusieurs types de polypes :
  - *Ceux qui peuvent se transformer en adénocarcinome : les adénomes et les polypes festonnés*
  - *Ceux qui ne se transformes pas en adénocarcinome : polypes hyperplasiques, polypes juvéniles et pseudo-polypes inflammatoires*

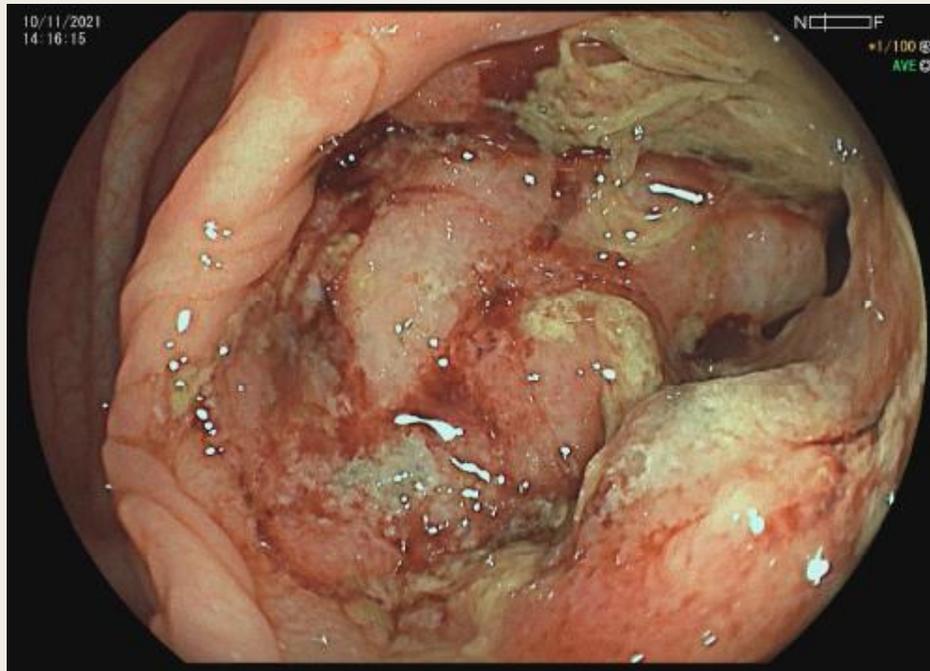


# Surveillance polype



# Le retour de M. F

- 10 ans plus tard M F. a 60 ans, il n'a jamais réalisé de suivi
- Il présente des rectorragies depuis 1 mois associée à des troubles du transit depuis 3 mois
- Une nouvelle coloscopie est donc réalisée et cette lésion est mise en évidence dans le colon droit

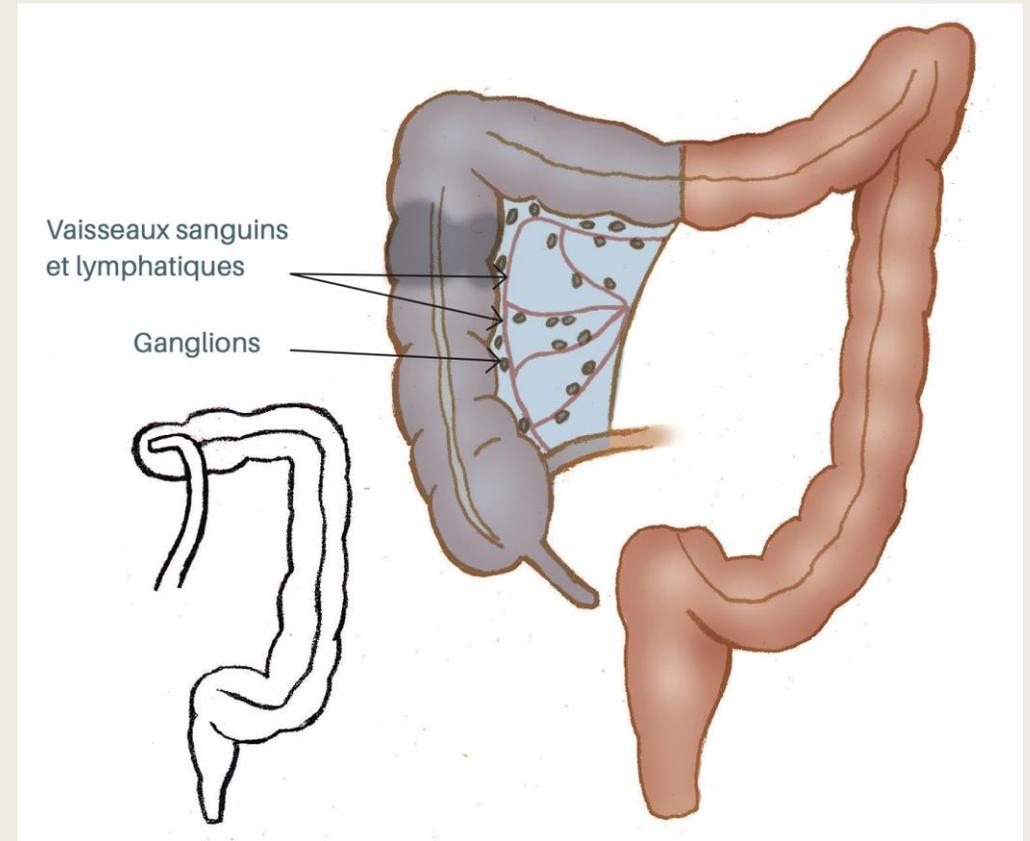


# Bilan d'extension

- Devant cette lésion colique un bilan d'extension est organisé : **scanner TAP**
- Et un bilan biologique et nutritionnel et marqueurs va être réalisé
- M. F a RDV avec son gastroentérologue la semaine suivante pour la **consultation d'annonce** avec les résultats du bilan d'extension
- M. F a donc un adénocarcinome du colon droit localisé car le scanner ne montre pas de lésion secondaire
- La chirurgie est donc le traitement retenu
- Durant cette consultation, il est aussi expliqué à M. F que ses apparentés au 1<sup>er</sup> degré devront avoir une coloscopie de dépistage à partir de 45 ans

# Chirurgie

- La chirurgie se déroule le plus souvent par coelioscopie
- Marges proximale et distales : 5cm
- M F est opéré de son adénocarcinome
- Les suites sont simples



# Résultats

**COLON (colectomie) : Adénocarcinome de type NOS, peu différencié infiltrant la graisse sous-séreuse.**

**Présence d'embolie vasculaire (veineux intramuraux) et lymphatique, absence d'infiltration périnerveuse, absence de budding.**

**Statut ganglionnaire (nombre de ganglions métastatiques/nombre de ganglions examinés) : 1/20**

**Qualité de l'exérèse : complète R0**

**TNM 2017 (UICC 2017 8ème édition) : pT3N1a.**

**Tumorothèque : oui (si oui merci d'en informer le patient et de s'assurer de sa non-opposition)**

**Biologie moléculaire : sur prescription**

CLASSIFICATION TNM 7 <sup>e</sup> ÉDITION/AJCC-UICC 2009	
<b>Tis</b>	Carcinome <i>in situ</i> : envahissement de la muqueuse
<b>T1</b>	Envahissement de la sous-muqueuse sans la dépasser
<b>T2</b>	Envahissement de la musculature sans la dépasser
<b>T3</b>	Envahissement de la sous-séreuse ± tissu péri-colique
<b>T4a</b>	Envahissement du péritoine viscéral
<b>T4b</b>	Envahissement des organes de voisinage
<b>N1</b>	1 à 3 ganglions régionaux métastatiques
<b>N1a</b>	1 ganglion métastatique
<b>N1b</b>	2-3 ganglions métastatiques
<b>N1c</b>	Nodules tumoraux dans la sous-séreuse (ou tissu péri-colique)
<b>N2</b>	4 ou plus ganglions régionaux métastatiques
<b>N2a</b>	4 à 6 ganglions métastatiques
<b>N2b</b>	Plus de 7 ganglions métastatiques
<b>M1</b>	Métastases à distance
<b>M1a</b>	Atteinte d'un seul organe
<b>M1b</b>	Atteinte péritonéale ou de plusieurs organes

Stade I T1-2, N0, M0 (petite tumeur sans envahissement ganglionnaire)

Stade II T3-4, N0, M0 (grosse tumeur sans envahissement ganglionnaire)

Stade III Tous T, N+, M0 (envahissement ganglionnaire)

Stade IV Tous T, tous N, M+ (métastases à distance)

# Intérêt qualité de la chirurgie

- La qualité du curage ganglionnaire est corrélée à la survie globale à 5 ans :

- 1-10 : 73%

- 11-20 : 80%

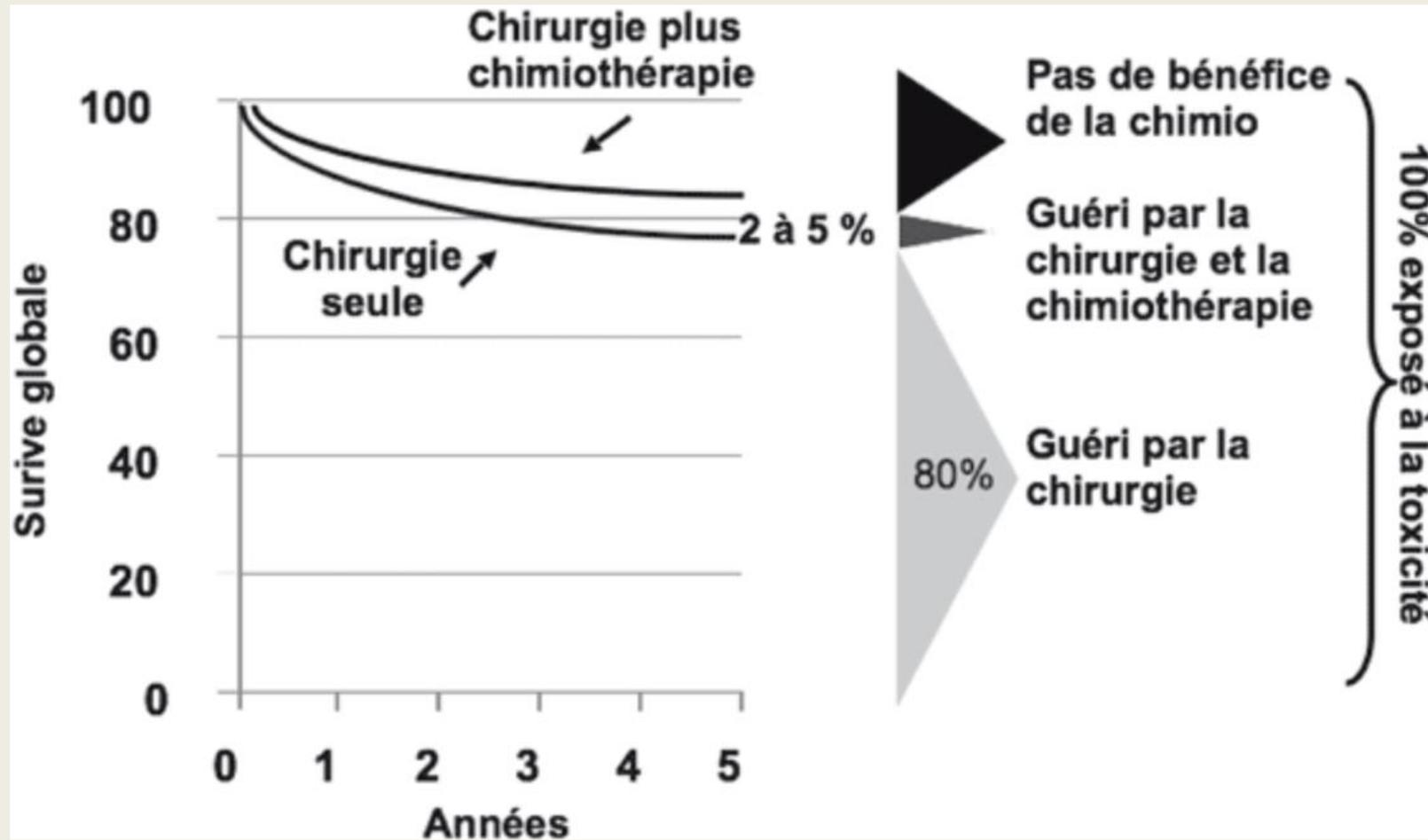
- >20: 87%

**Recommandations : au moins 12 ganglions**

# Chimiothérapie adjuvante : pour qui ?

	Stade Evolutif	Survie à 5 ans	Fréquence au Diagnostic
<b>Stade I</b>	Tumeur de petite taille Pas d'envahissement ganglionnaire Pas de métastase	<b>90-97%</b>	<b>15%</b>
<b>Stade II</b>	Tumeur de + grande taille +/- étendue localement Pas d'envahissement ganglionnaire Pas de métastase	<b>63-78%</b>	<b>20-30%</b>
<b>Stade III</b>	Envahissement ganglionnaire Pas de métastase	<b>40-60%</b>	<b>30-40%</b>
<b>Stade IV</b>	Métastase	<b>&lt;10%</b>	<b>20-25%</b>

# Chimiothérapie adjuvante : pour qui ? Stade II



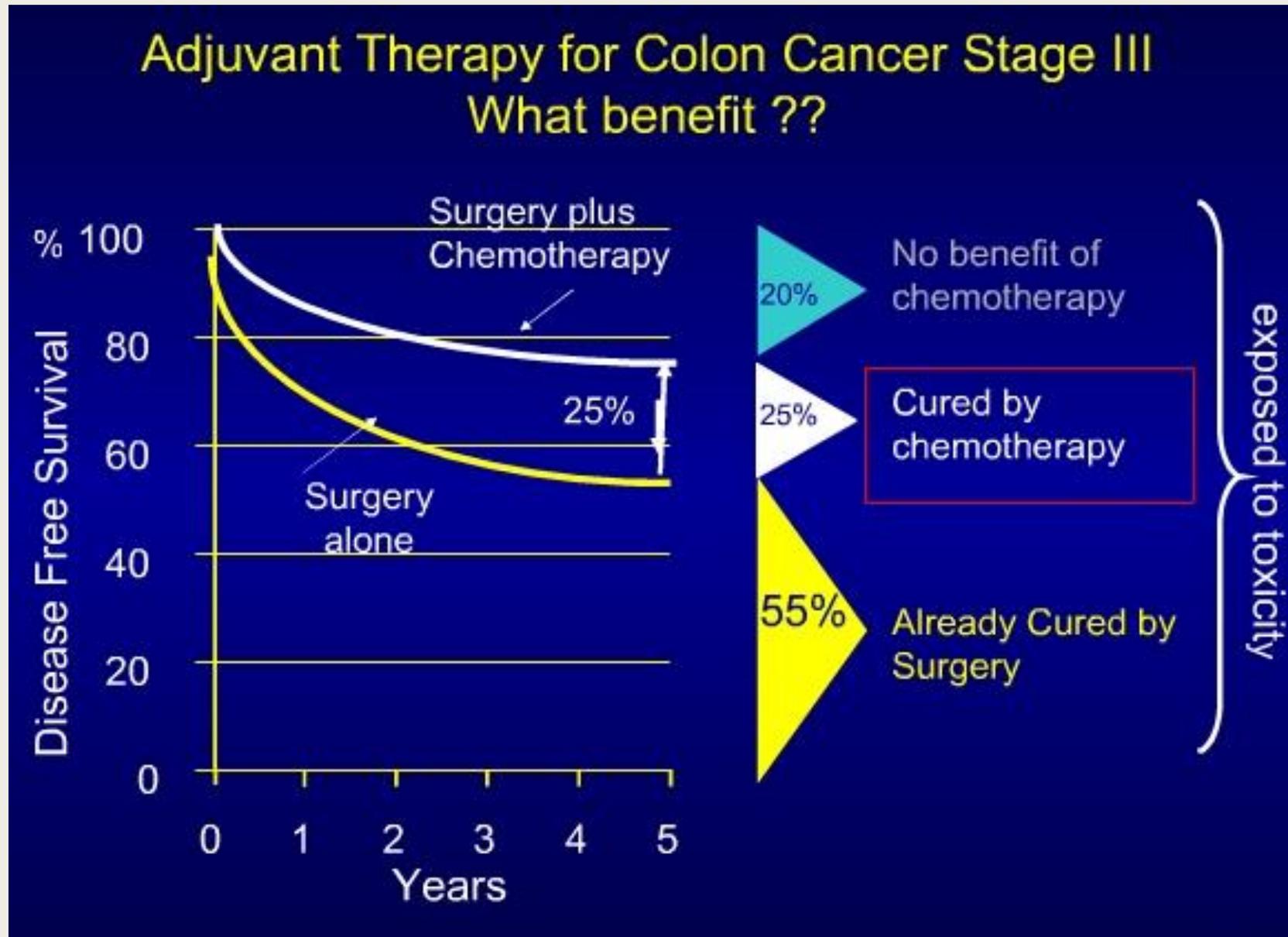
# CCR stade II

## Facteurs de mauvais pronostic

- *Perforation*
- *Occlusion*
- *pT4*
- *Ganglions lymphatiques < 12*
- *Tumeur peu différenciée*
- *Invasion veineuse/lymphatique*
- *Invasion péri-neurale*

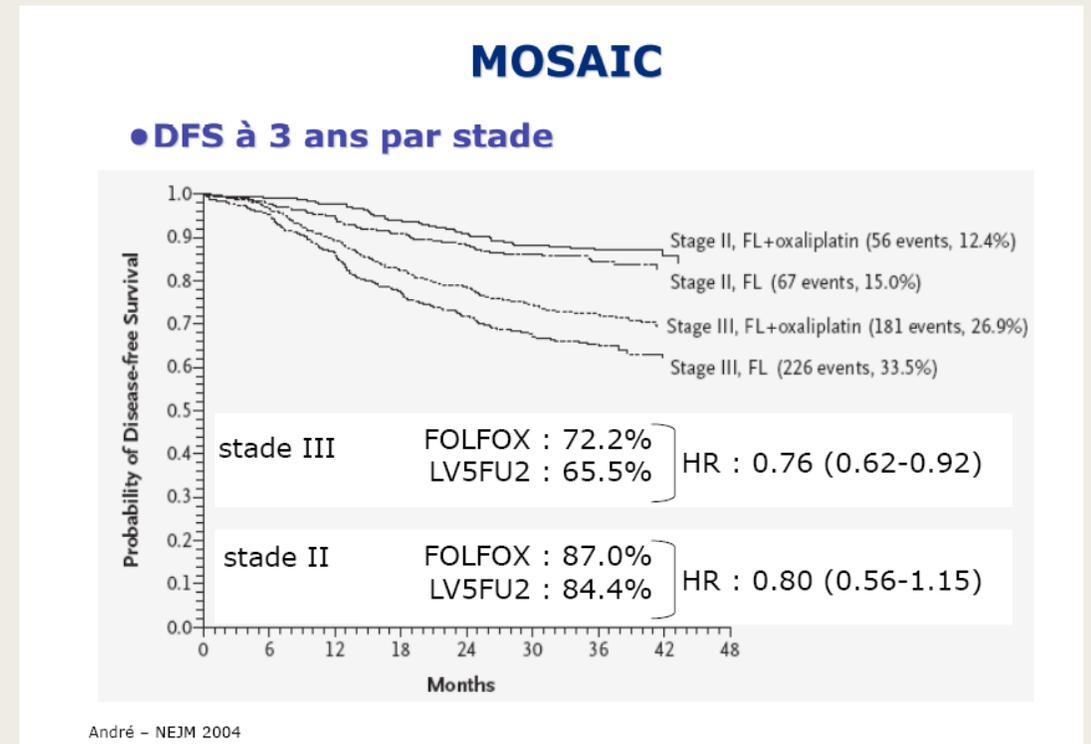
**Chimiothérapie à discuter en RCP**

# Chimiothérapie adjuvante : pour qui ?



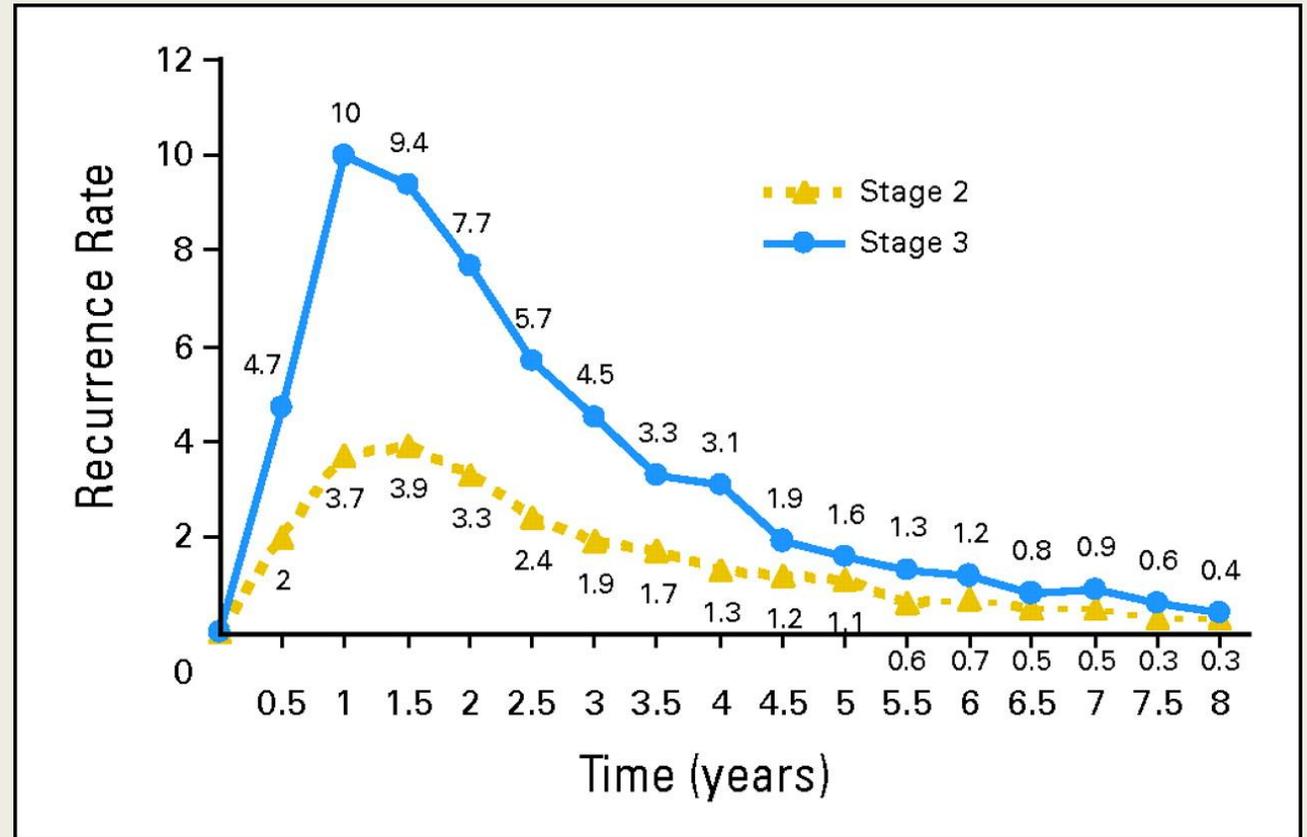
# Chimiothérapie adjuvante : protocole

- Différents protocoles :
- Xelox (Xeloda + Oxaliplatine)
- Folfox (5FU + Oxaliplatine)
- 5FU seul
- Tomox (Tomudex + Oxaliplatine)
  
- Choix selon stade T, N, comorbidités, âge



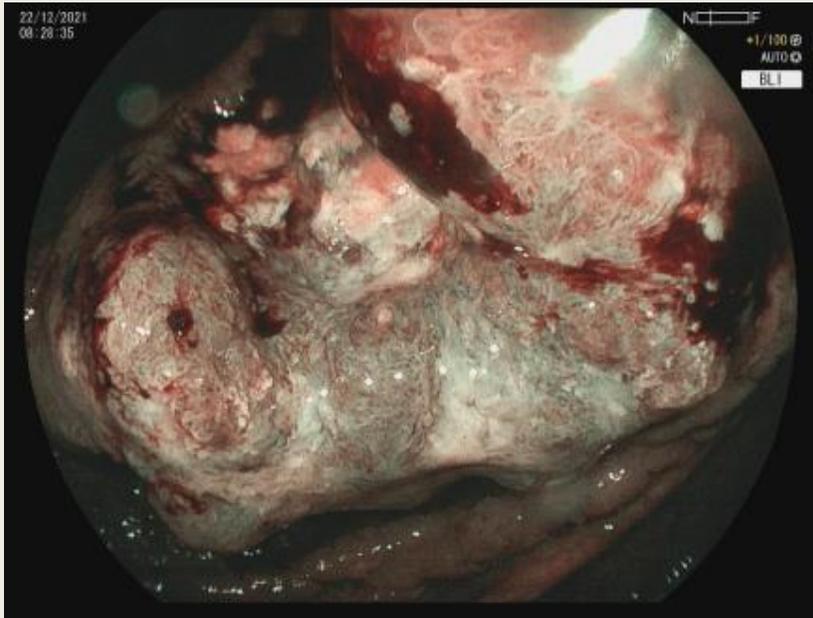
# Surveillance

- M. F a réalisé sa chimiothérapie adjuvante
- Début de la surveillance
- Consultation avec imagerie tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- Surveillance par coloscopie



# Cancers coliques métastatiques

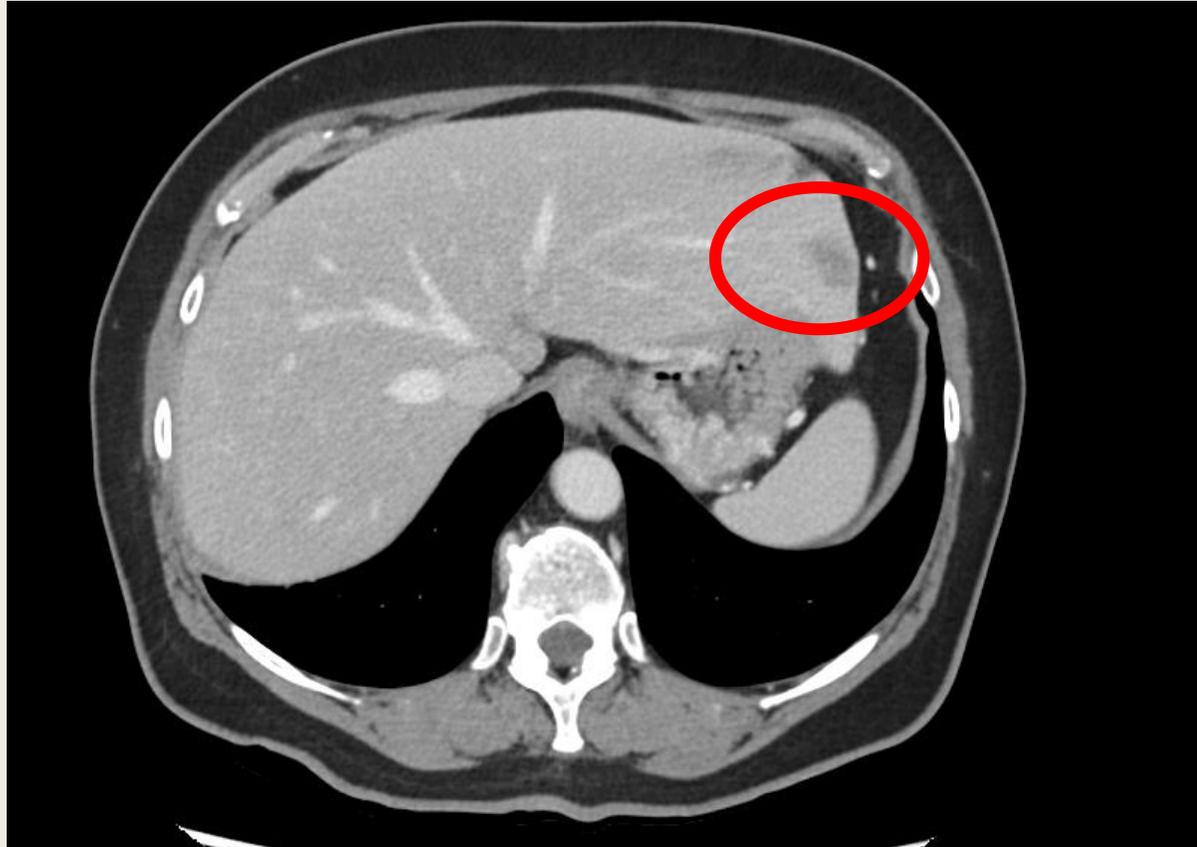
- En apprenant l'histoire de M. F et de son cancer, Mme C 56 ans, une amie de M.F se dit qu'elle devrait peut-être enfin réaliser son test de dépistage (surtout qu'elle présente des **douleurs abdominales apparues depuis 5 mois avec des troubles du transit**).
- Elle le réalise et il revient positif.
- Une coloscopie est alors réalisée
- Une lésion colique est mise en évidence



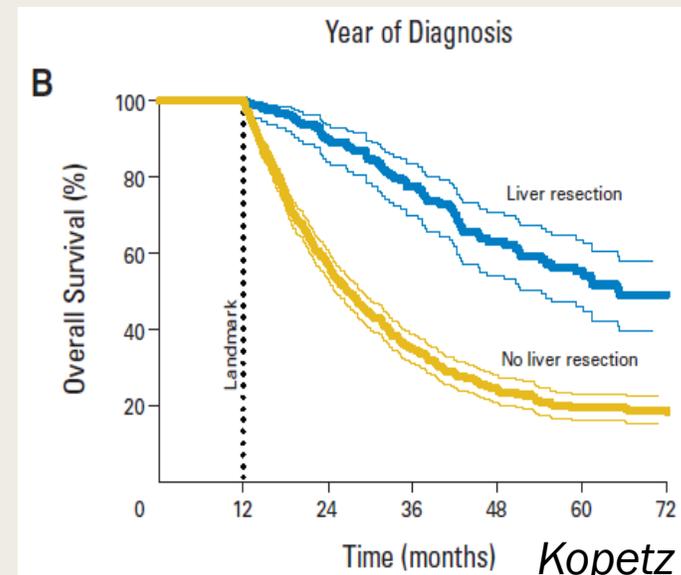
Signes d'alerte = pas de test de dépistage mais coloscopie d'emblée

# Bilan d'extension

- Un bilan d'extension est réalisé devant la découverte de ce cancer colique

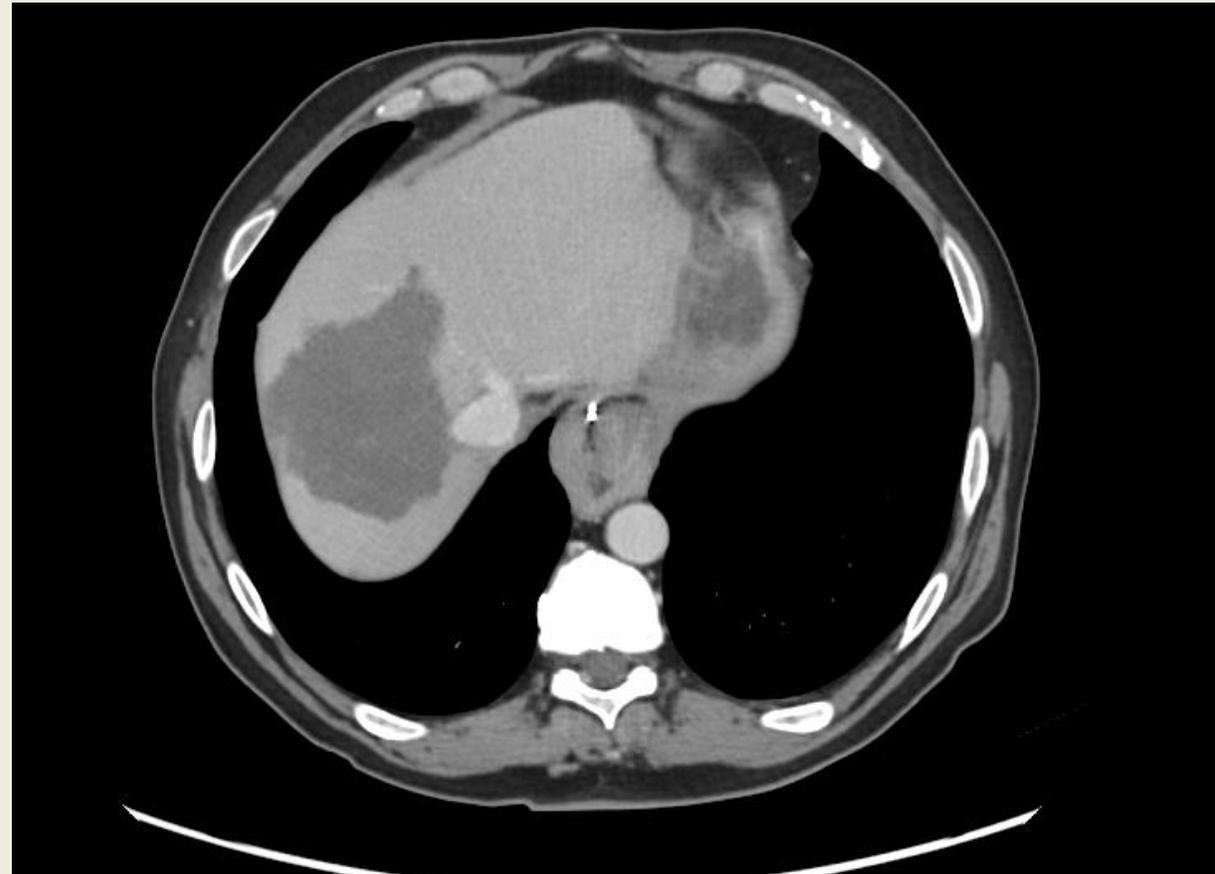
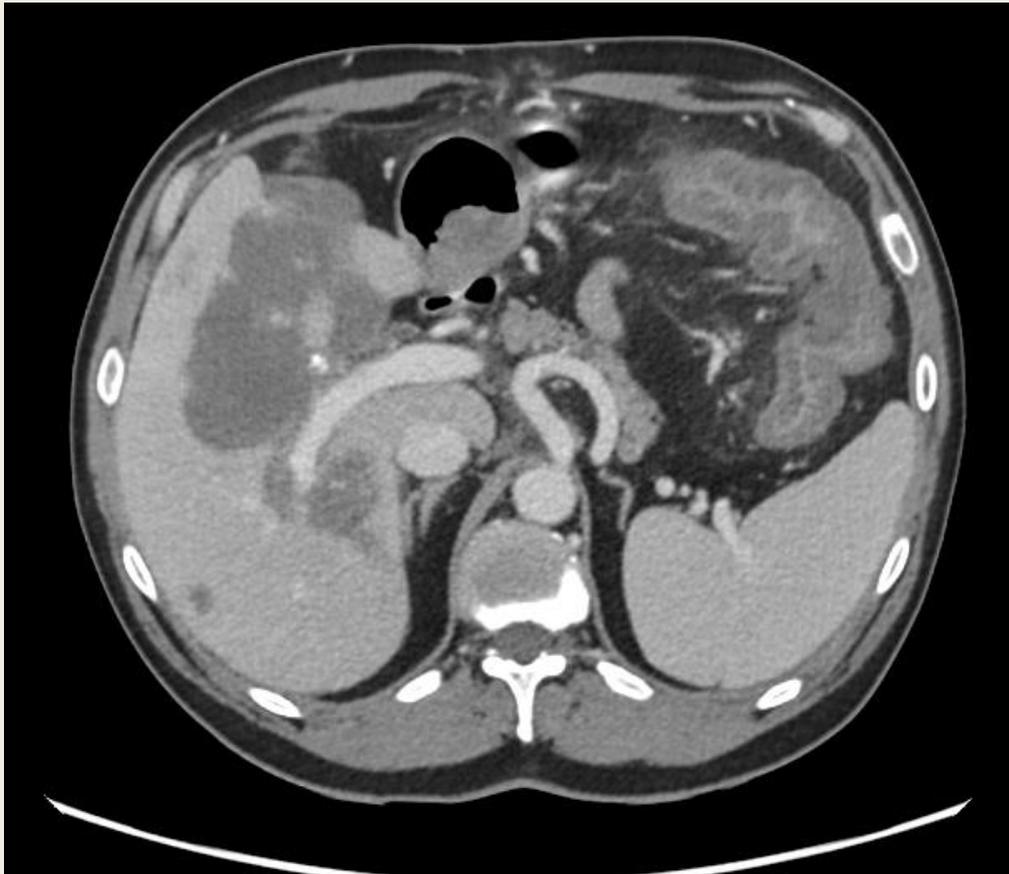


- Sur le scanner une lésion hépatique secondaire est mise en évidence, confirmation par IRM de la lésion unique et résécable
- Protocole de chimiothérapie péri-opératoire
- Puis surveillance



# Cancers coliques métastatiques

- M J 75 ans suivi pour de l'HTA, une cardiopathie ischémique stentée il y 4 ans et une hypercholestérolémie réalise un bilan biologique (bilan qu'il réalise annuellement). Devant un bilan hépatique perturbé son médecin généraliste lui fait réaliser une échographie qui retrouve des lésions hépatiques. Un scanner complémentaire est réalisé :

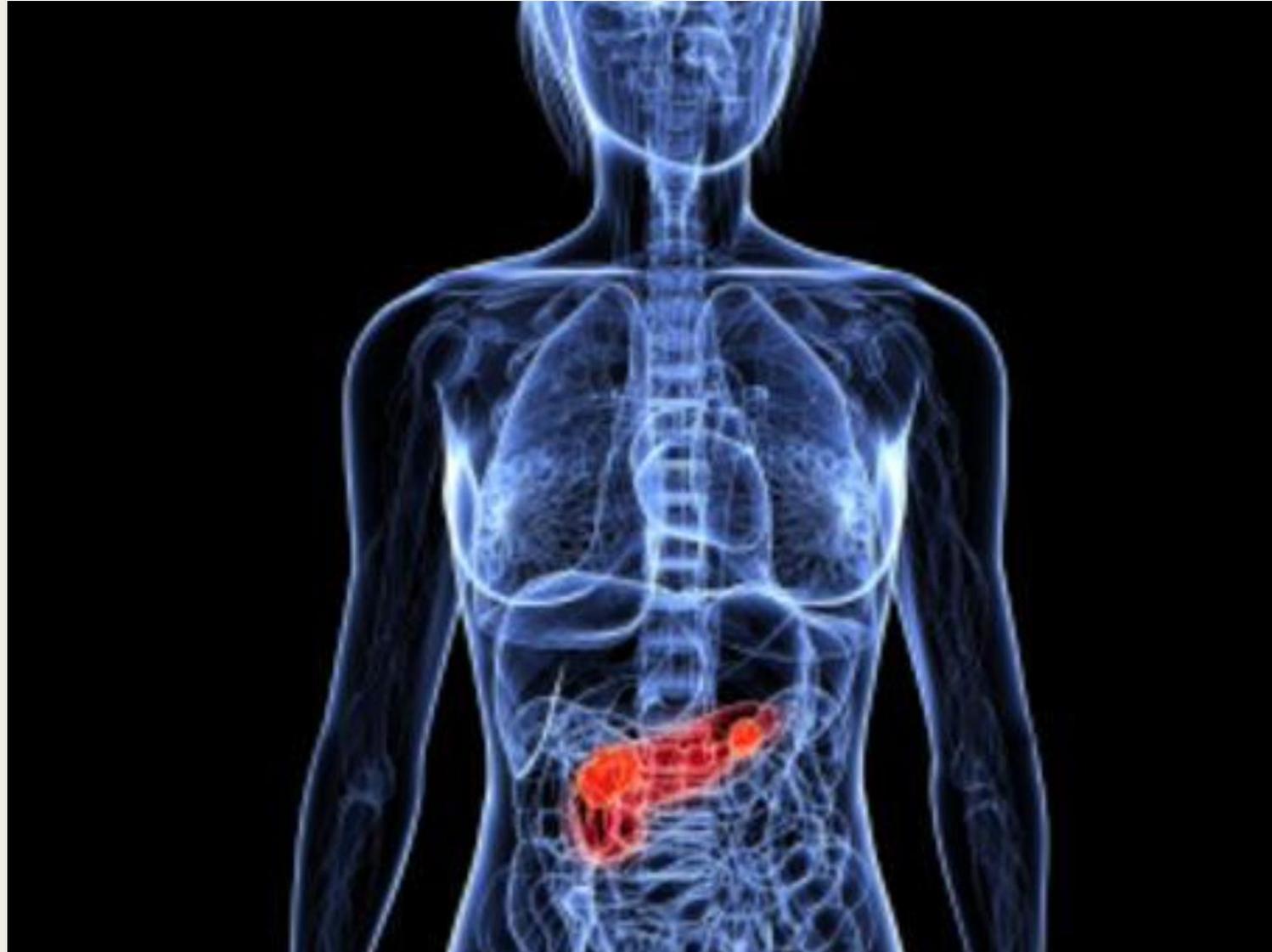


# Cancers coliques métastatiques

- Une biopsie hépatique est réalisée : il s'agit d'un adénocarcinome d'origine colique
- Il est expliqué en **consultation d'annonce** à M. J le diagnostic d'adénocarcinome colique métastatique non résecable dont le traitement est une chimiothérapie
- Rechercher statut MSS/MSI, mutation RAS et BRAF

Stratégie CCRM RASWT (KRAS et NRAS exon 2, 3 et 4) et BRAF V600EW et non MSI-H et grades (Gr) de recommandation				
D'emblée résecables	Potentiellement résecables	Jamais Résecables Symptomatiques Volume tumoral menaçant	Jamais Résecables Asymptomatiques Volume tumoral non menaçant	Jamais Résecables Comorbidité-Agés OMS 2
<b>L1</b>  <b>Folfox Périop (Gr B)</b>  <b>Option:</b> - chir d'emblée (Avis expert)	<b>Colon Dt :</b> Triplet + beva (Gr B)  Doublet/Triplet + cetux ou pani (Gr B) : option possible si objectif de réponse  <b>Colon Gche :</b> Doublet + cetux ou pani (Gr B)  <b>Option :</b> CIAH (Gr C)	<b>Colon Dt :</b> Doublet/Triplet + beva (Gr B)  <b>Colon Gche :</b> Doublet + cetux ou pani (Gr B)	5FU/Cape + beva (Gr B) ou +/- antiEGFR (Gr C) selon latéralité (avis d'expert)  (Jusqu'à Progression et évaluation Tous les 2 mois)	5FU/Cape + beva (Gr B) ou + antiEGFR (Gr C)  FOLFOX / FOLFIRI + cetux ou Pani ou beva selon la latéralité et à dose CT adaptée (Avis d'experts))
	<b>Si pas de résection envisageable après 8 à 12 cures et si pas de progression : entretien par 5FU/capecitabine (Gr B) +/- beva (Gr B) ou +/- cetuc/pani (Gr C) Ou pause (si réponse majeure) (Gr C)</b>			
<b>L2</b>  Si pas de biothérapie en L1 : - Switch CT (Gr A) + beva (Gr B) ou FOLFIRI + aflit (si FOLFOX L1) ou cetux ou Pani (Gr B)		Si antiEGFRs en L1 : - Switch CT (Gr A) + beva (Gr A) ou FOLFIRI + aflit (si FOLFOX L1)		Si doublet + beva en L1 : - Switch CT (Gr A) + beva (Gr A) ou FOLFIRI + aflit (si FOLFOX L1) - Place des antiEGFRs non optimale (avis expert)
Si FOLFOXIRI +/- beva en L1 : - Place des anti EGFRs non optimale (avis expert) On privilégiera les traitements de L3		<b>L&gt;3</b>  Trifluridine/Tipiracil + Beva - Option à privilégier (Gr B)		
Regorafenib - Seul (Gr A). Option : débiter à dose réduite et augmentation secondaire si tox < Gr 2) (Avis Expert)  Ou Trifluridine/Tipiracil - Seul (Gr A).		Si pas d'antiEGFR en L1 ou L2 - Cetux ou Pani seuls ou associés à l'Irinotecan (Gr B)		Si antiEGFR L1 - Rechallenge du cetux ou du pani seuls ou associé à l'Irinotecan (Gr C) - Guidé par ADNtc (Avis expert)

# Cancer du pancréas



# Epidémiologie

- Incidence en augmentation
- 2<sup>ème</sup> cancer digestif en incidence
- Mauvais pronostic
- Non opérable >80%
- Pronostic à 5 ans tous stades confondus <10%
- Récidive post opératoire >80%

# Facteurs de risque

- **TABAC**
- Obésité
- Diabète
- Pancréatite chronique
- Syndromes génétiques
- ????

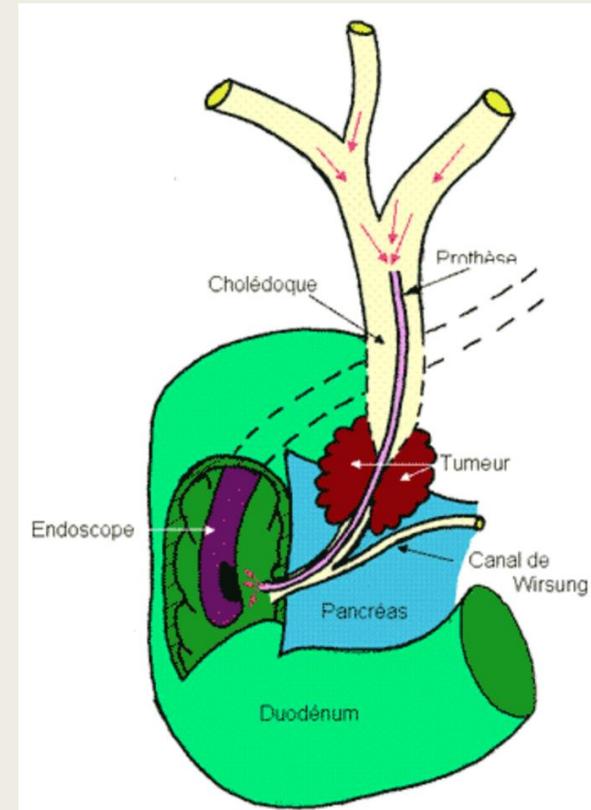
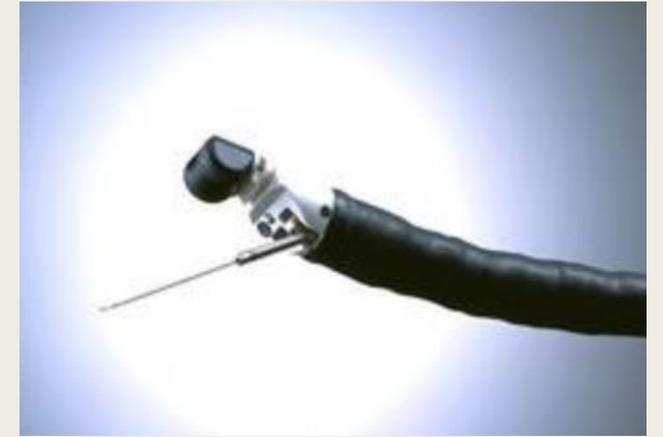


# Diagnostic

- Cancer de la tête (70-80%) plus rapidement symptomatique que cancer corps/queue (20-30%)
- Symptômes les plus fréquents aspécifiques :
  - *Altération état général : anorexie, asthénie, amaigrissement*
  - *Diabète d'apparition récente ou décompensation diabète ancien*
  - *Douleur abdominale à irradiation postérieure ou dorsale évocatrice d'un envahissement cœliaque*
  - *Ictère (obstruction VBP)*
  - *Autres modes : pancréatite, thrombose veineuse, ascite, diarrhée, ...*

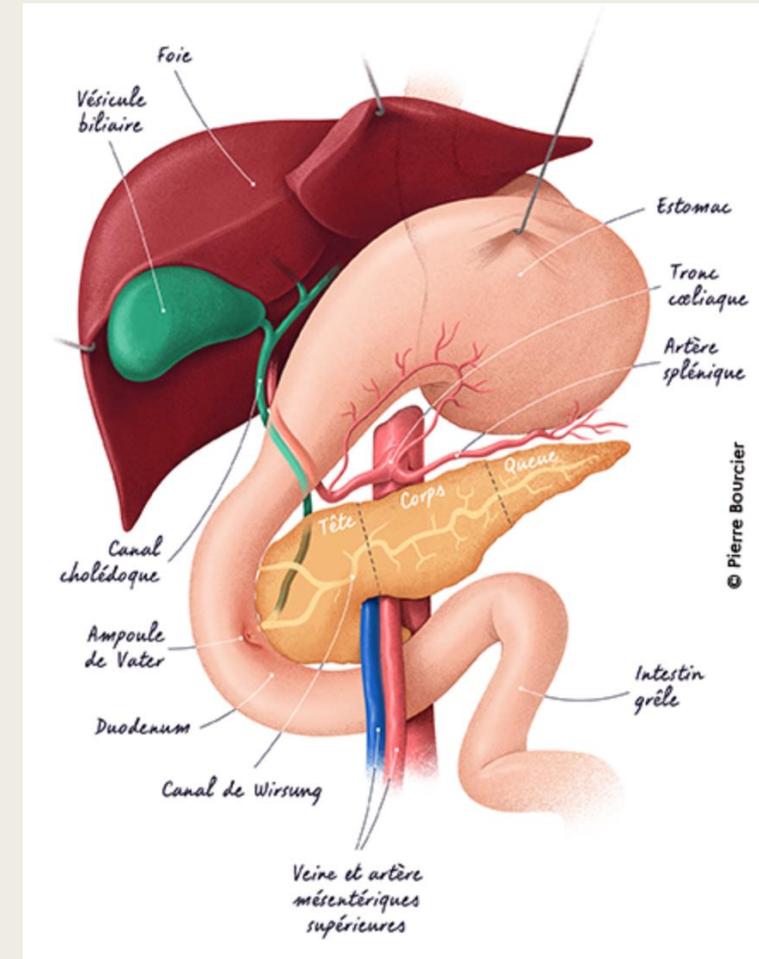
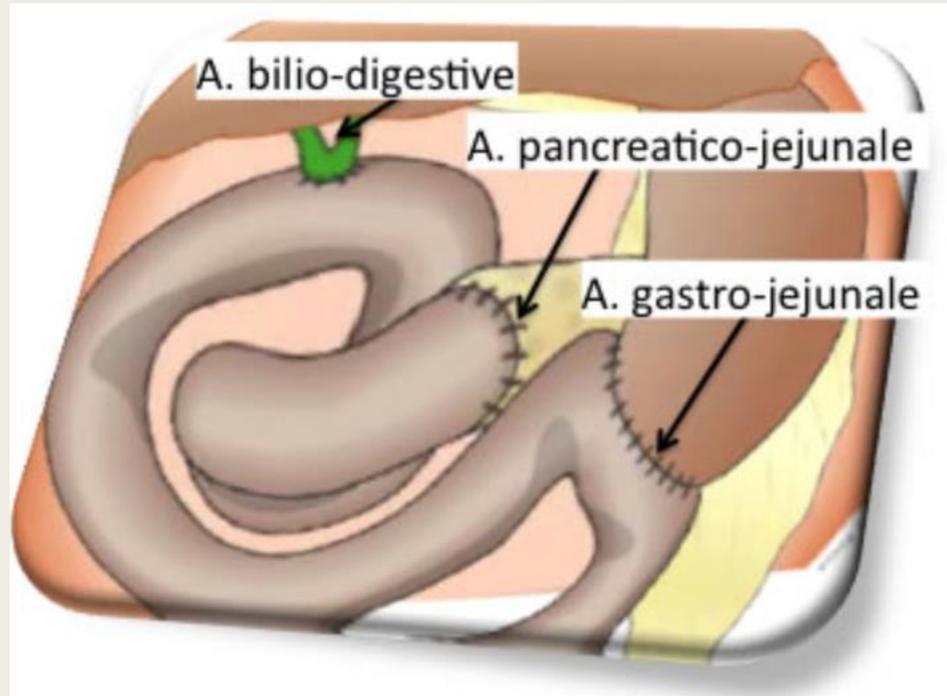
# Bilan au diagnostic

- Biopsies (pancréas ou métastases)
- EEH (+/- CPRE si nécessaire)
- TDM TAP injecté
- IRM hépatique (pour patients résécables)
- Bilan biologique avec bilan nutritionnel, Ca 19.9



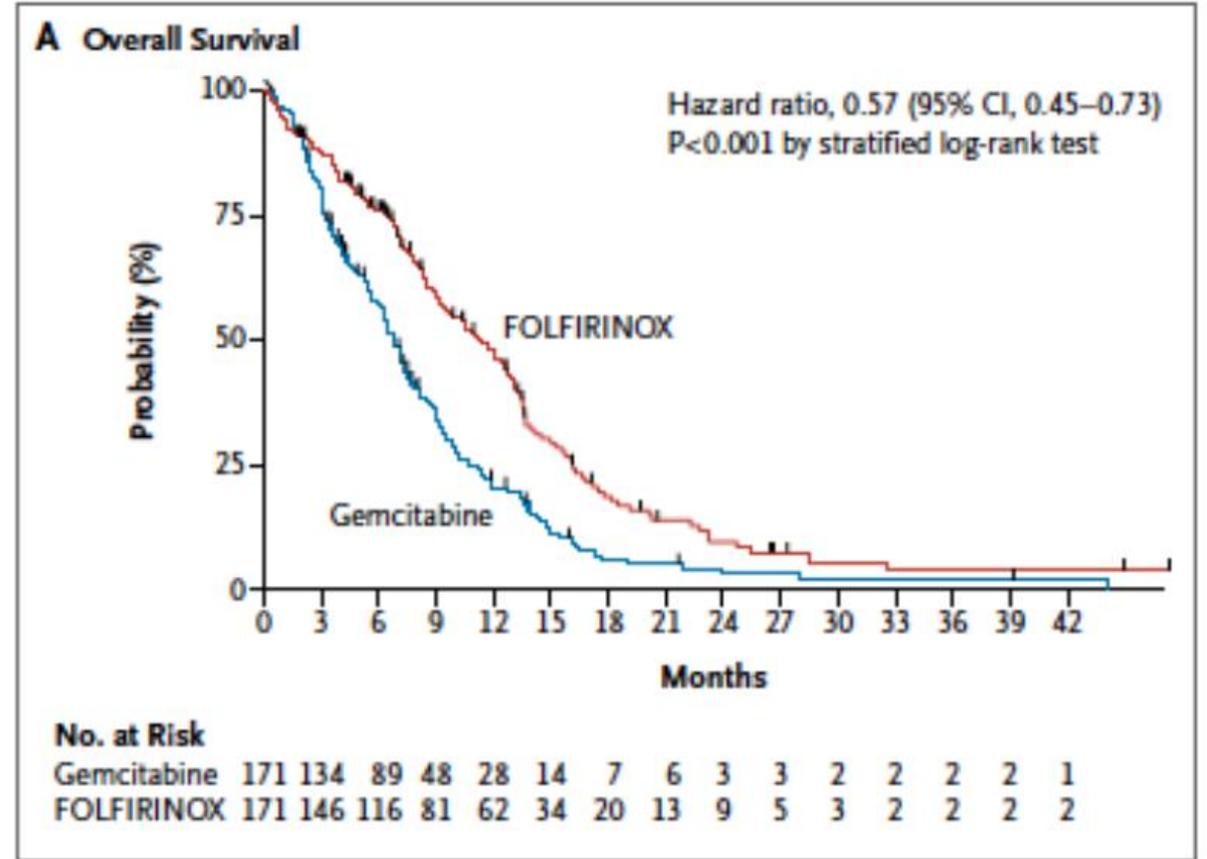
# Traitements

- Patients résécable d'emblée : chirurgie + chimiothérapie adjuvante
- Patients borderline : chimiothérapie néoadjuvante puis chirurgie (après nouveau bilan d'évaluation) puis chimiothérapie adjuvante
- Patient non résécable ou métastatique : chimiothérapie



# Traitements

- Folfirinox ou Gemcitabine selon état général
- 2<sup>ème</sup> ligne selon 1<sup>ère</sup> ligne et état général
- Inclusion dans essai clinique quand cela est possible



# Prise en charge globale

- SOINS DE SUPPORT +++, nombreux intervenants
- Diététiciennes
- Prof d'APA, kiné
- Psychologues
- Médecins de la douleur (douleur = symptôme le plus fréquent, multifactorielle avec souvent part neuropathique)
- Equipe soins palliatifs

MERCI DE VOTRE ATTENTION

