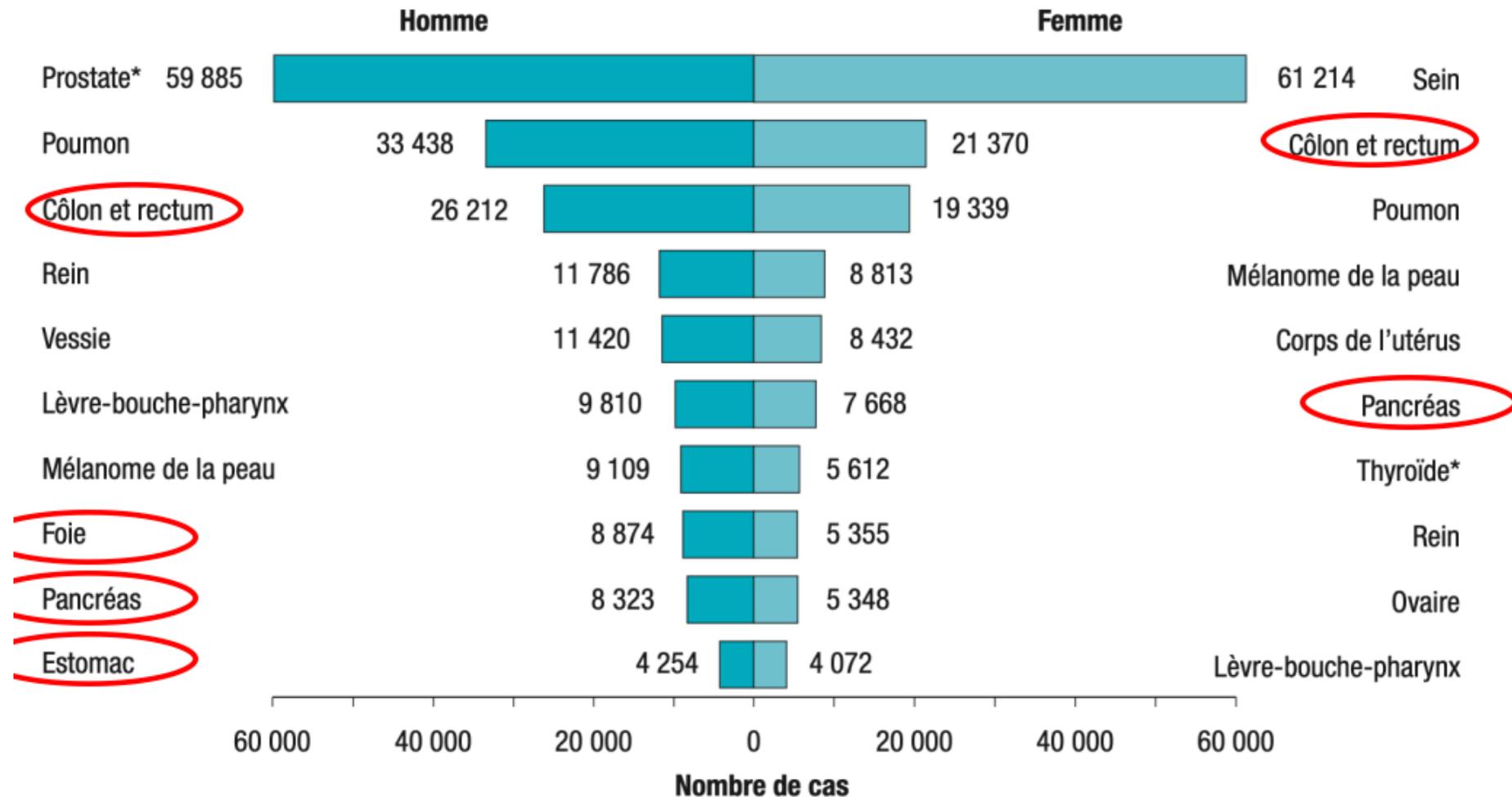


*FORMATION IDE EN CANCÉROLOGIE BFC:  
Prise en charge médicale des cancers  
digestifs*

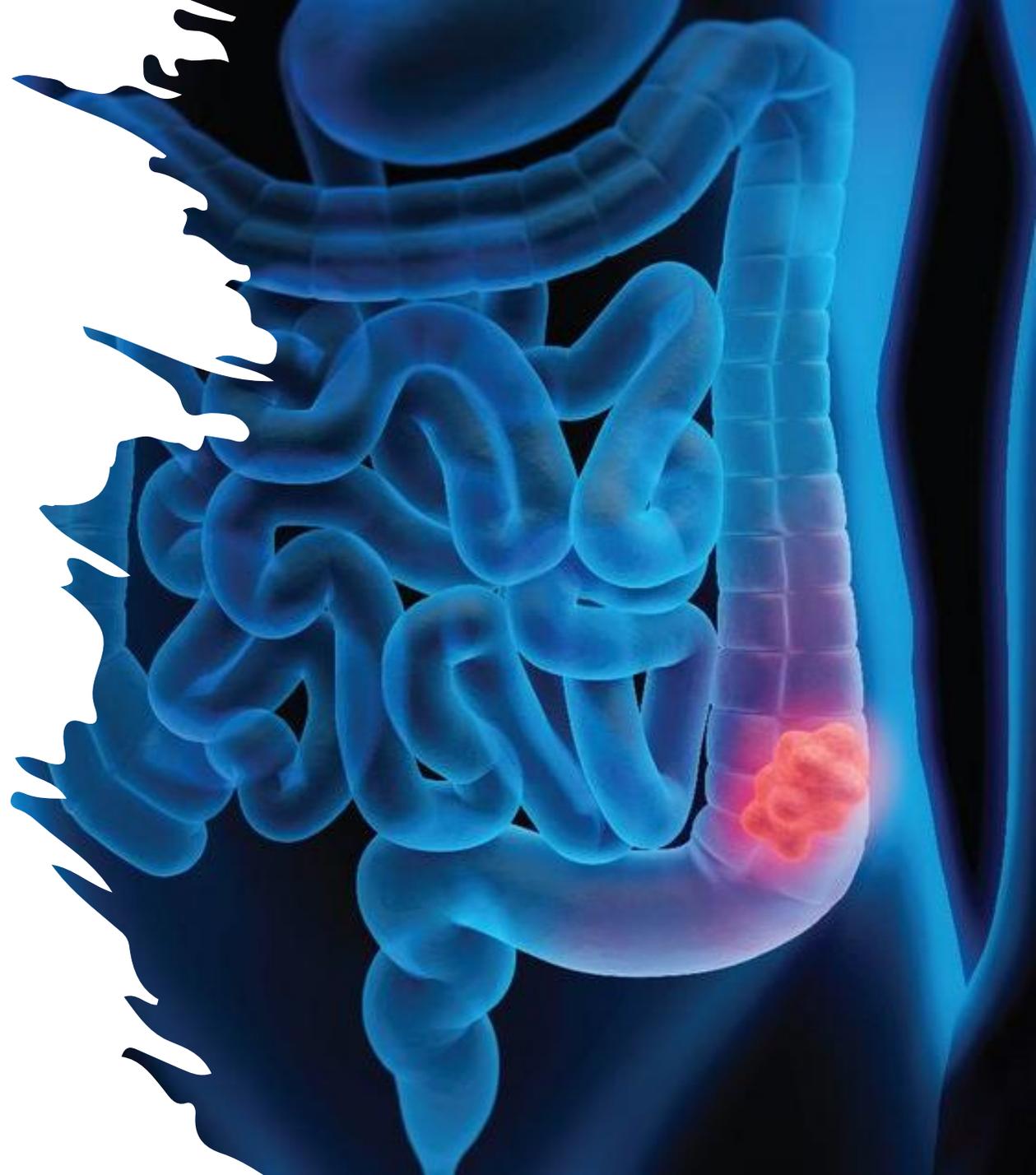
Antoine Trowbridge, interne d'hépto-gastro-  
entérologie, 7 février 2024

# Les cancers digestifs en France

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



*Chapitre 1:  
Le cancer colorectal  
(CCR) localisé*



# Cancer colorectal: en France

3<sup>ième</sup> cancer incident

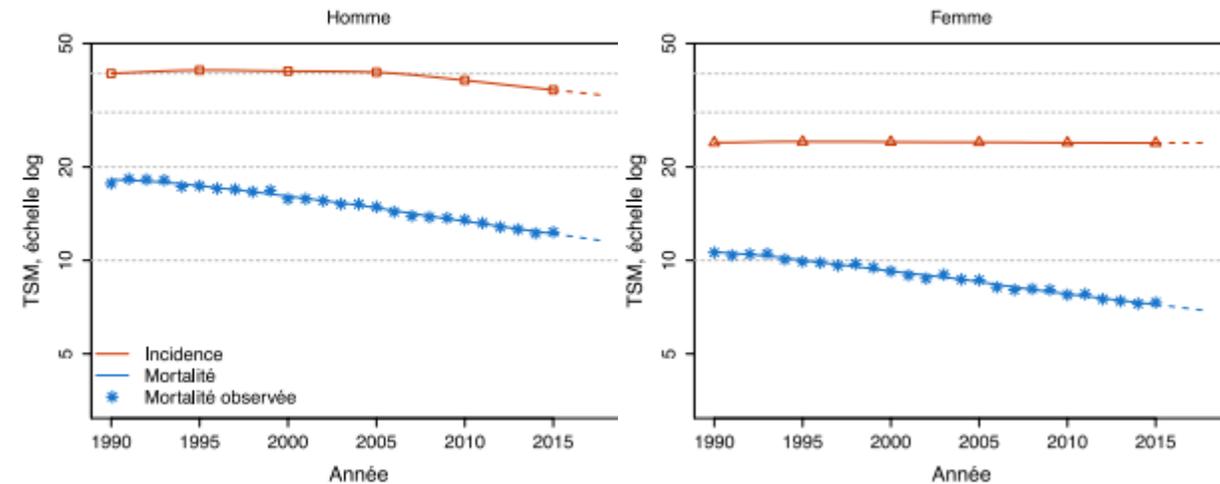
43 000 nouveaux cas par an

17000 décès par an

Survie à 5 ans: 63% tous stades confondus

Métastatique dans 25% des cas au diagnostique

*Evolution des taux d'incidence et de mortalité du CCR lors des trente dernières années*

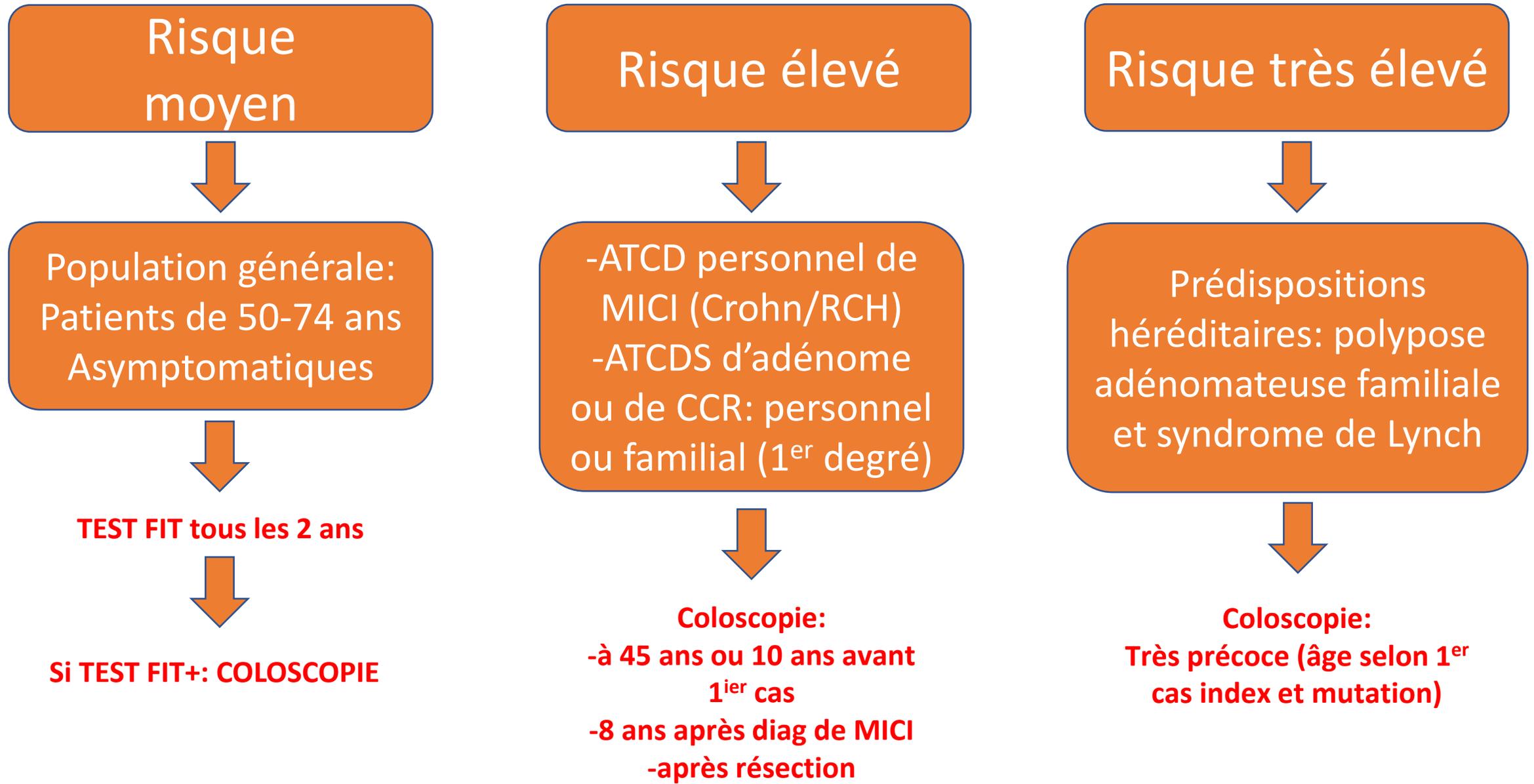


# Cancer colorectal

## Facteurs de risque

- Consommation excessive d'alcool
- Intoxication tabagique
- Surpoids et obésité
- Alimentation pauvre en fibres
- Consommation excessive de viandes rouges
- Sédentarité
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

# Cancer colorectal: dépistage





\* Mr C., 50 ans, reçoit dans sa boîte aux lettres un courrier de sa CPAM, l'invitant à réaliser son test FIT...

\* Il le commande donc sur [monkit.depistage-colorectal.fr](http://monkit.depistage-colorectal.fr)

- - Malheureusement, son test revient positif...  
...son médecin traitant l'adresse alors en consultation de gastro-entérologie pour discuter de la réalisation rapide d'une coloscopie totale

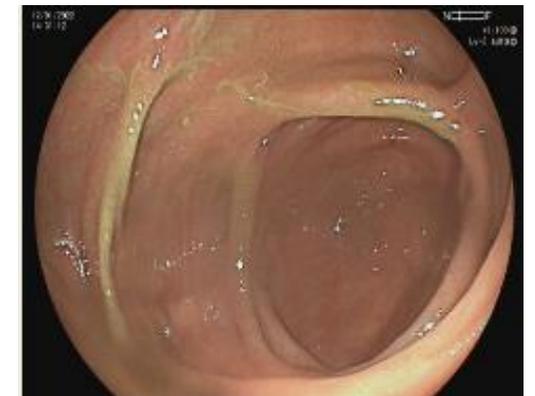
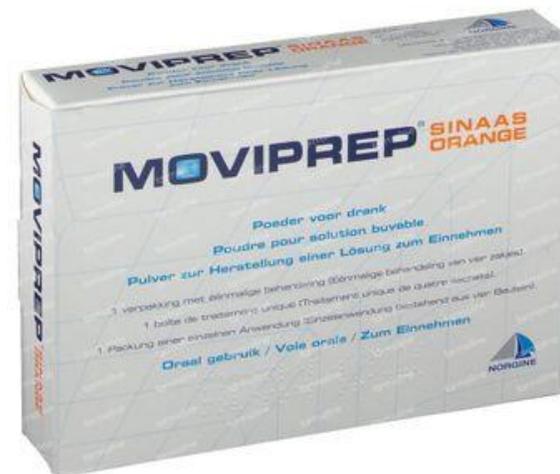


# Cancer colorectal: diagnostique

*La coloscopie, au cœur du diagnostique*

## La coloscopie

1. Consultation de gastro-entérologie préalable pour explications et point sur les ATCDS.
2. Sous anesthésie générale, au bloc d'endoscopie.
3. Modalités: préparation colique, régime sans résidu, à jeun
4. Risques: perforations et hémorragies



# Cancer colorectal: coloscopie, ce que l'on cherche

## Les différents types de polypes

2 grands types de polypes

À risque de cancer colorectal:  
Adénomes et polypes festonnés

Non à risque de cancer colorectal: polypes hyperplasiques, juvéniles, pseudo-inflammatoires

*Polype festonné sessile*

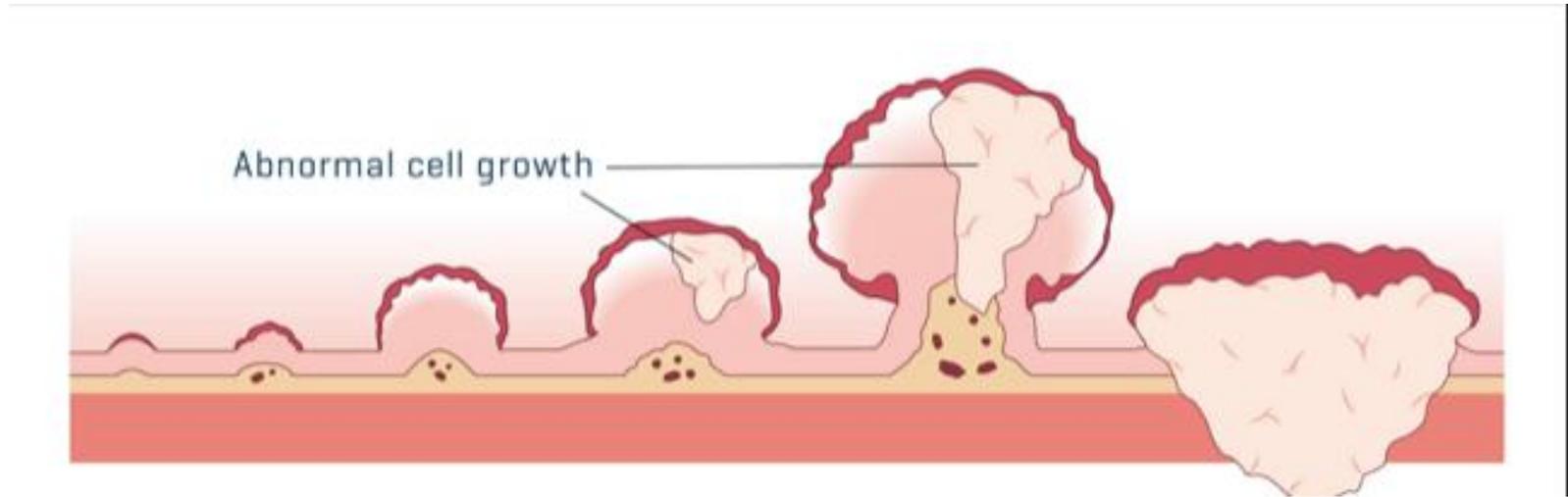


*Polype hyperplasique*



# Cancer colorectal: coloscopie, ce que l'on cherche

*Histoire naturelle des polypes « à risque »: séquence  
dysplasie-cancer*



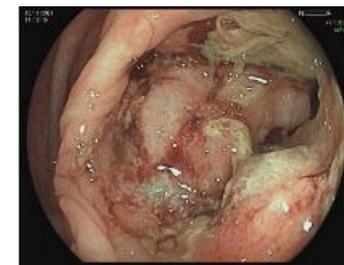
*Muqueuse Normale*



*Dysplasie bas grade*



*Dysplasie haut grade*

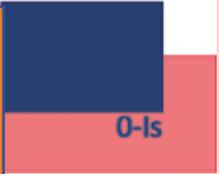
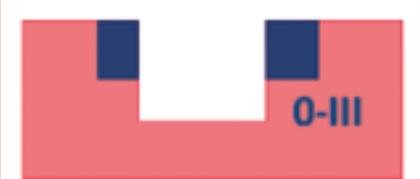


*Cancer invasif*

Accumulation d'anomalies génétiques (p53, KRAS...)

# Cancer colorectal: coloscopie, ce que l'on cherche

*La description des polypes: une histoire de classifications... (Paris, Kudo...)*

Sous-types de la classification de Paris	Aspect endoscopique
0-I : lésion	 <p>0-I<sub>s</sub></p>
0-II	 <p>surélevé      plan      déprimé</p> <p>Conecct 2C 0-IIc</p>
0-III : lésion ulcérée	 <p>0-III</p>

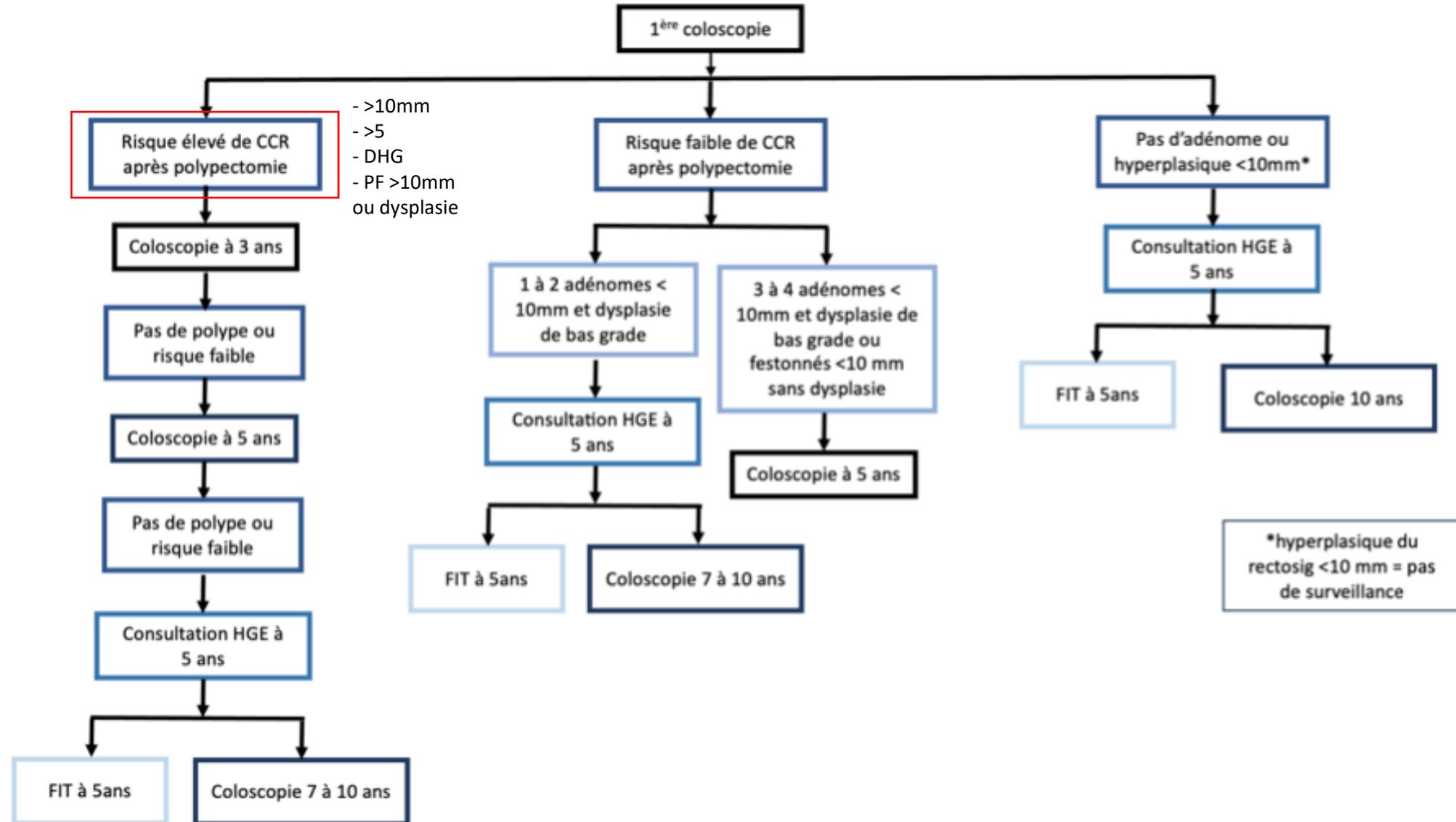
But: décrire/prédire le risque de dégénérescence/ invasion profonde



*La coloscopie de Mr.C.  
permet l'exérèse de 4  
polypes adénomateux dont  
un supra-centimétrique.*



# Cancer colorectal: surveillance des polypes



- +
  - 
  -

Malheureusement, 10 ans plus tard, Mr.C. n'a pas réalisé sa coloscopie de contrôle à 3 ans...

Affolé, il consulte son médecin traitant devant la survenue depuis 1 mois de rectorragies...

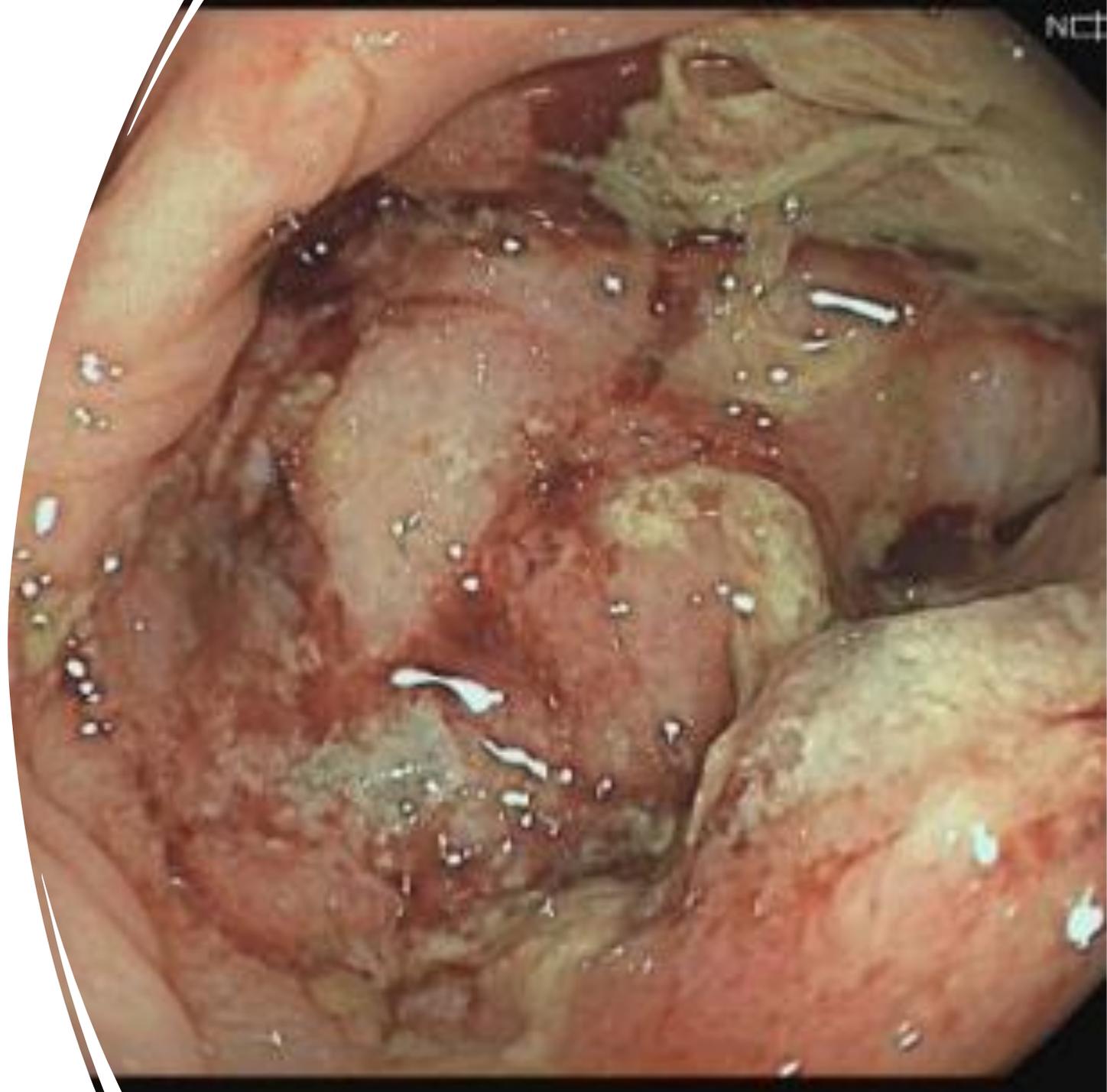


---

\*Une coloscopie est rapidement réalisée devant ces nouveaux symptômes.

\*Elle montre une lésion très suspecte du colon droit... la lésion est biopsiée...

**...confirmant le diagnostic d'adénocarcinome colique.**



# Cancer colorectal: consultation d'annonce/ bilan d'extension et pré-thérapeutique

Scanner thoraco-abdomino-pelvien: *négatif dans le cas de Monsieur C.*

**Bilan nutritionnel complet (+/- consultation diététique)**

Marqueur sérique: ACE

Consultation d'annonce auprès du gastro-entérologue

Présentation du dossier en réunion de concertation pluri-disciplinaire

\*Adénocarcinome colique droit localisé

\*Décision d'un traitement par chirurgie

**NB: on n'oublie pas le dépistage par coloscopie des apparentés au 1<sup>er</sup> degré à partir de 45 ans!**

# Cancer colorectal: le traitement dicté par le stade

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

Tumeurs superficielles, potentiel traitement endoscopique

<b>Stade I</b>	T1-2, N0, M0 (petite tumeur sans envahissement ganglionnaire)
<b>Stade II</b>	T3-4, N0, M0 (grosse tumeur sans envahissement ganglionnaire)
<b>Stade III</b>	Tous T, N+, M0 (envahissement ganglionnaire)
<b>Stade IV</b>	Tous T, tous N, M+ (métastases à distance)

Tumeurs « invasives » opérables/inopérables

<b>M1</b>	Métastases à distance
<b>M1a</b>	Atteinte d'un seul organe
<b>M1b</b>	Atteinte péritonéale ou de plusieurs organes

Tumeurs métastatiques

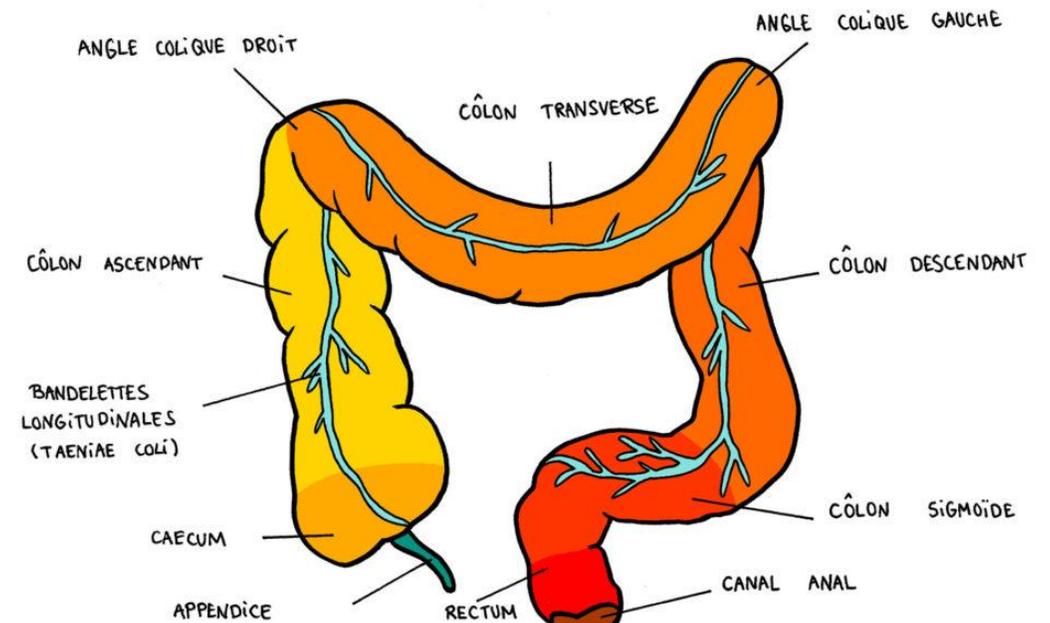
# Cancer colorectal: la chirurgie

*Resection le plus souvent par voie  
coelioscopique*

*Type de résection selon la localisation*

*Marges: 5cm en proximal et en distal*

*Curage ganglionnaire: minimum 12  
(nombre corrélé à la survie+++)*



Mr C. est finalement opéré: colectomie droite avec anastomose iléo-colique...

Voici le compte-rendu anatomopathologique

**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)**

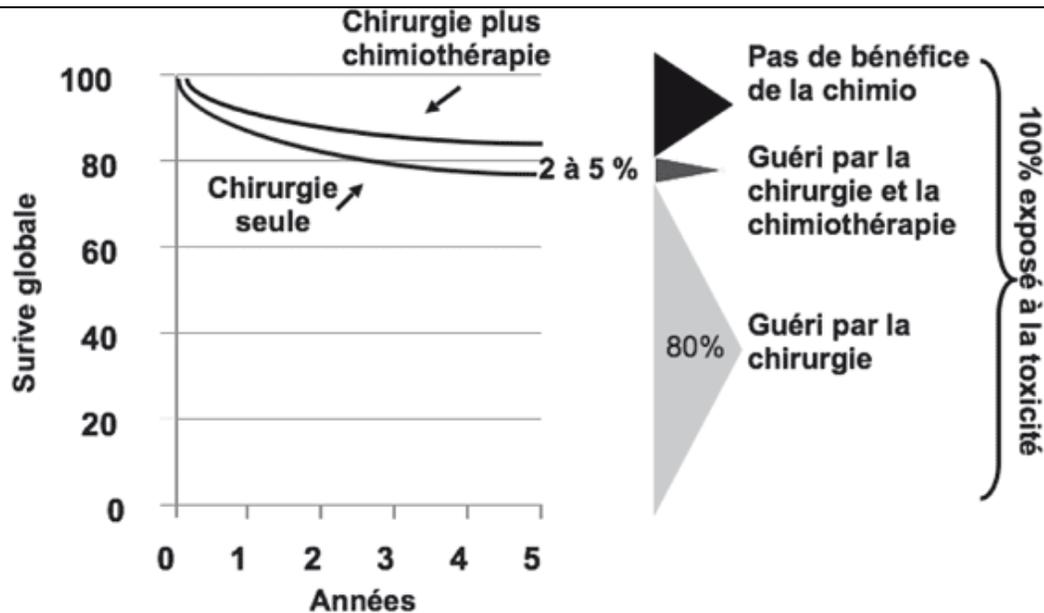
**Biologie moléculaire : sur prescription**

**pT3N1a = cancer colique de stade III**

# Cancer colorectal: la question de la chimiothérapie adjuvante

*Les stades II (T3-T4N0), un groupe hétérogène*

*Données de survie chirurgie seule vs chirurgie + chimiothérapie*



*Taux de survie à 5 ans selon le stade TNM*

NT Category	Pooled Analysis 1*		
	No. of Patients	OS Rate (%)	P
N0T1-2	—	—	
N0T3	668	74	.046
N0T4	95	65	
N1T1-2	225	81	< .001
N1T3	544	61	
N1T4	59	33	
N2T1-2	180	69	< .001
N2T3	663	48	
N2T4	84	38	
Total	2,551		

# Cancer colorectal: la question de la chimiothérapie adjuvante

*Les stades II (T3-T4N0), facteurs de mauvais pronostic*

*Perforation tumorale*

*Occlusion tumorale*

*Stade pT4*

Nombre de ganglions lymphatiques explorés <12

Tumeur peu différenciée

Invasion veineuse ou lymphatique

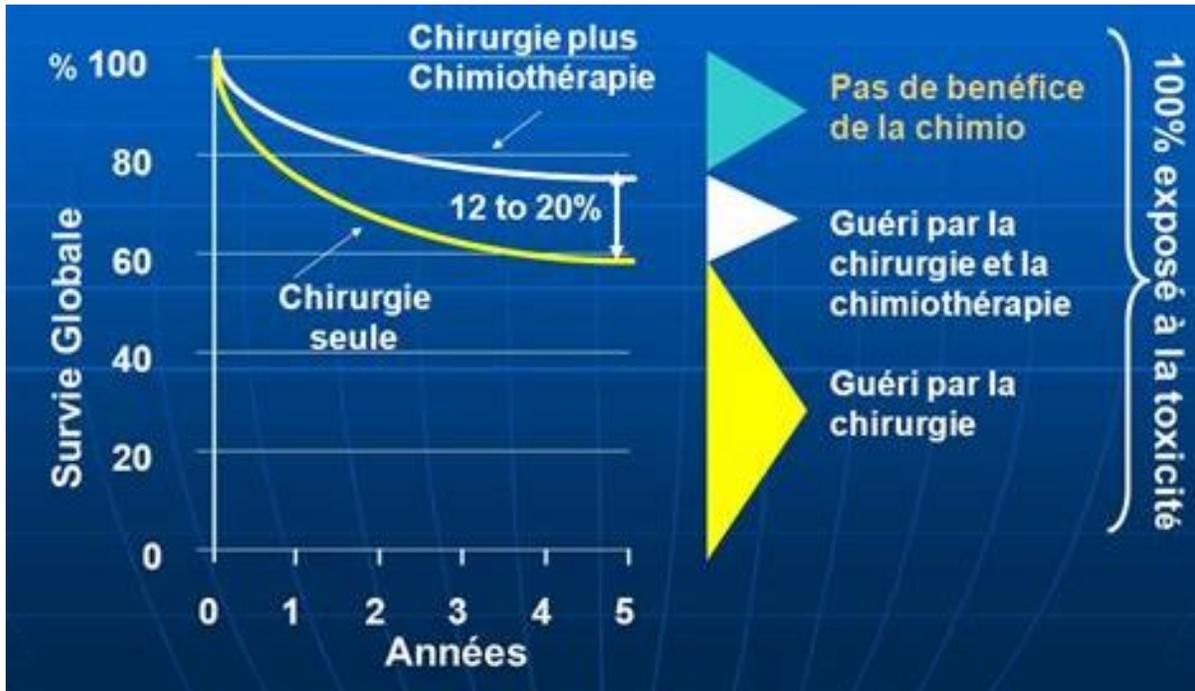
Engainement péri-nerveux

*Chimiothérapie  
adjuvante à discuter  
en RCP*

# Cancer colorectal: la question de la chimiothérapie adjuvante

Les stades III (tous T, N+, M0)

Données de survie chirurgie seule vs chirurgie + chimiothérapie pour les CCR de stade III



*Chimiothérapie adjuvante systématique dans les CCR de stade III*

# Cancer colorectal: la question de la chimiothérapie adjuvante

## Options:

-> si âge >70 ans:  
LV5FU2 seul  
-> Si CI à  
l'oxaliplatine:  
LV5FU2/Capécitabine

Sans oublier la recherche d'un déficit en DPD avant 5FU ou capécitabine!

STADE	Schéma	
	XELOX	FOLFOX
<b>Stade III Faible risque</b> (T1-3,N1)	<b>3 mois</b>	<b>6 mois</b> (alternative : 3 mois)
<b>Stade III Haut risque</b> (T4 et/ou N2)	<b>6 mois</b> (alternative : 3 mois)	<b>6 mois</b>
<b>Stade II</b> <b>pMMR/MSS à risque</b> <b>« relatif » élevé de récurrence</b> <b>et stade II dMMR/MSI pT4b</b>	<b>3 mois</b>	<b>6 mois</b>

- +
  - • Comme validé en RCP, devant ce cancer colique de stade III “faible risque” (T3N1), monsieur C. se voit proposer un traitement adjuvant par Xelox 3 mois...

Le traitement se déroule sans complication en dehors d'une neuropathie de grade II à l'oxaliplatine.

L'oncologue référent explique à monsieur C. qu'il est en rémission et lui expose les principes de la surveillance...◦

# Cancer colorectal: l'heure de la surveillance

Surveillance  
endoscopique



*Si coloscopie pré-chirurgicale incomplète: 6 mois-1 an-3 ans-5 ans*

*Si coloscopie pré-chirurgicale complète: 1 an-3 ans-5 ans*

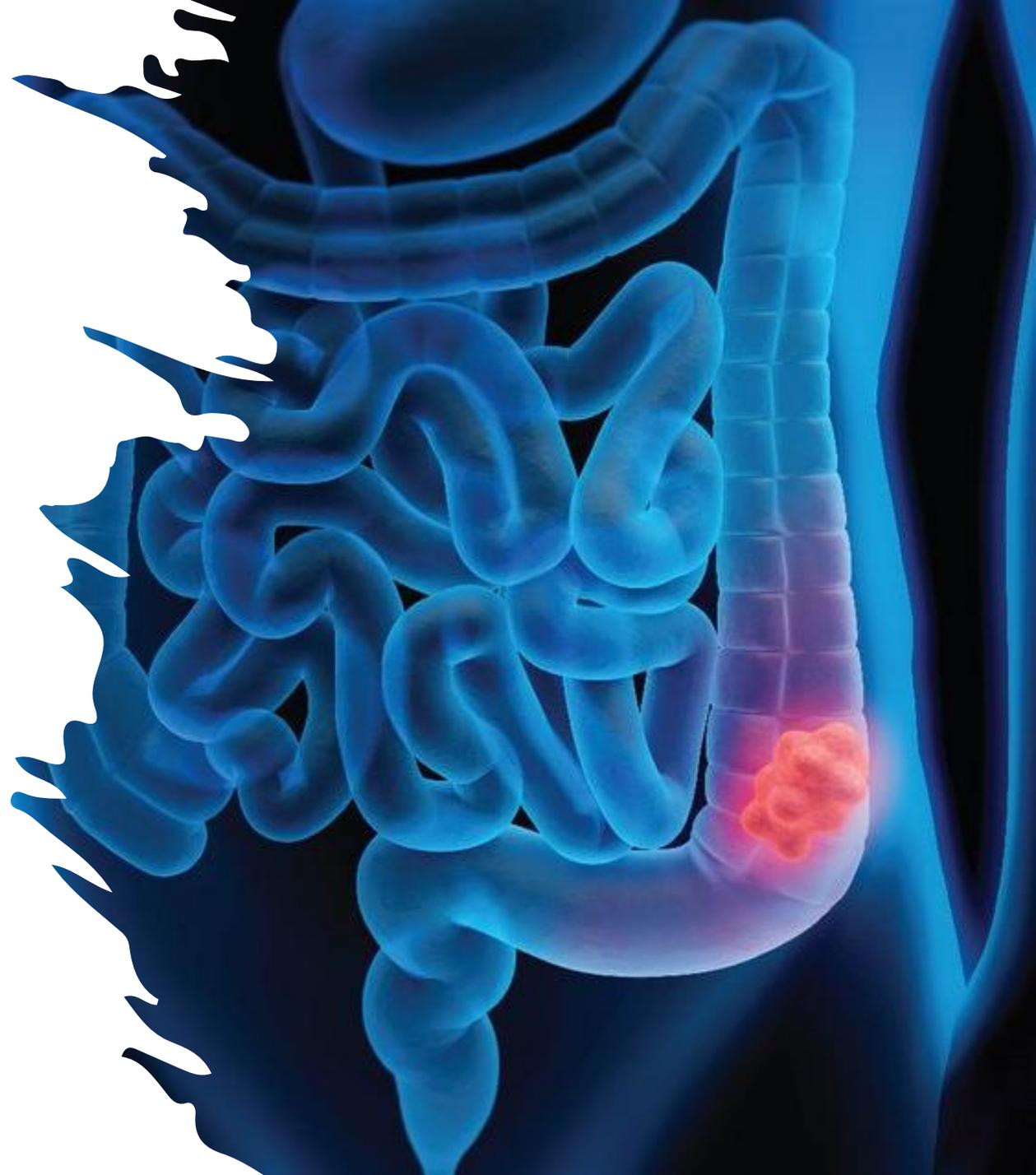
Surveillance  
oncologique



*Examen clinique tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans.*

*Imagerie tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans: échographie abdominale/radiographie thoracique, en alternance avec scanner TAP.*

*Chapitre 2:  
Le cancer colorectal  
(CCR) métastatique*



- +
  - Mme T, en apprenant l'histoire de son ami monsieur C, decide de consulter son médecin traitant devant des

**Patient avec signaux d'alerte  
(rectorragies/troubles du transit/douleurs):  
PAS DE TEST FIT, coloscopie d'emblée!**

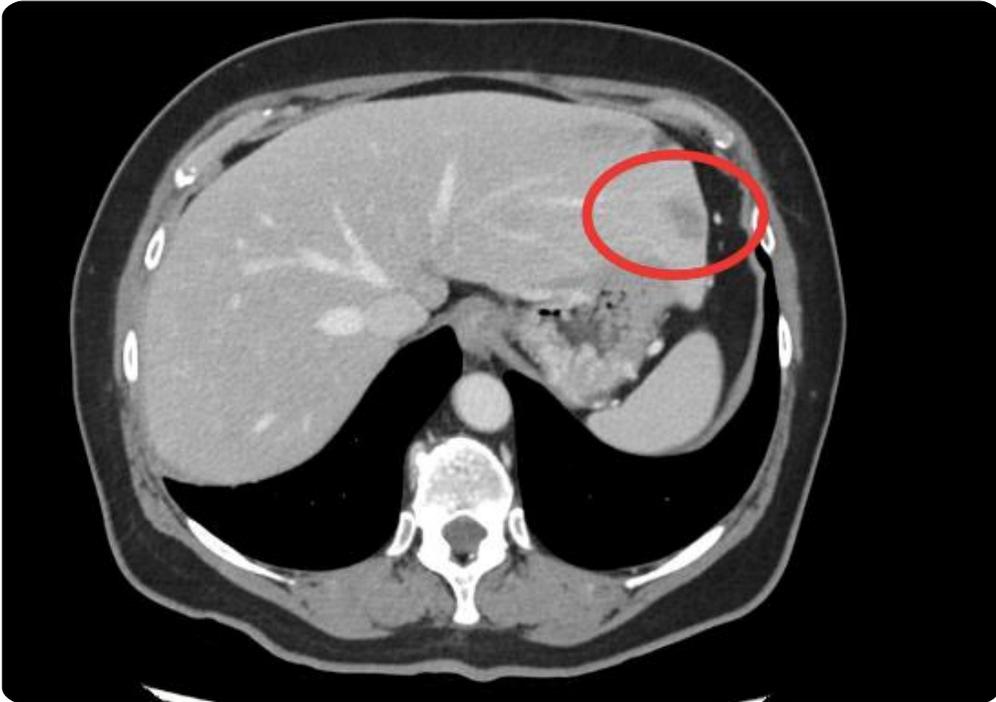
les meilleurs délais...



- Une coloscopie est rapidement réalisée
- Elle montre une lésion très suspecte du colon gauche... la lésion est biopsiée...

**...confirmant le diagnostic d'adénocarcinome colique.**



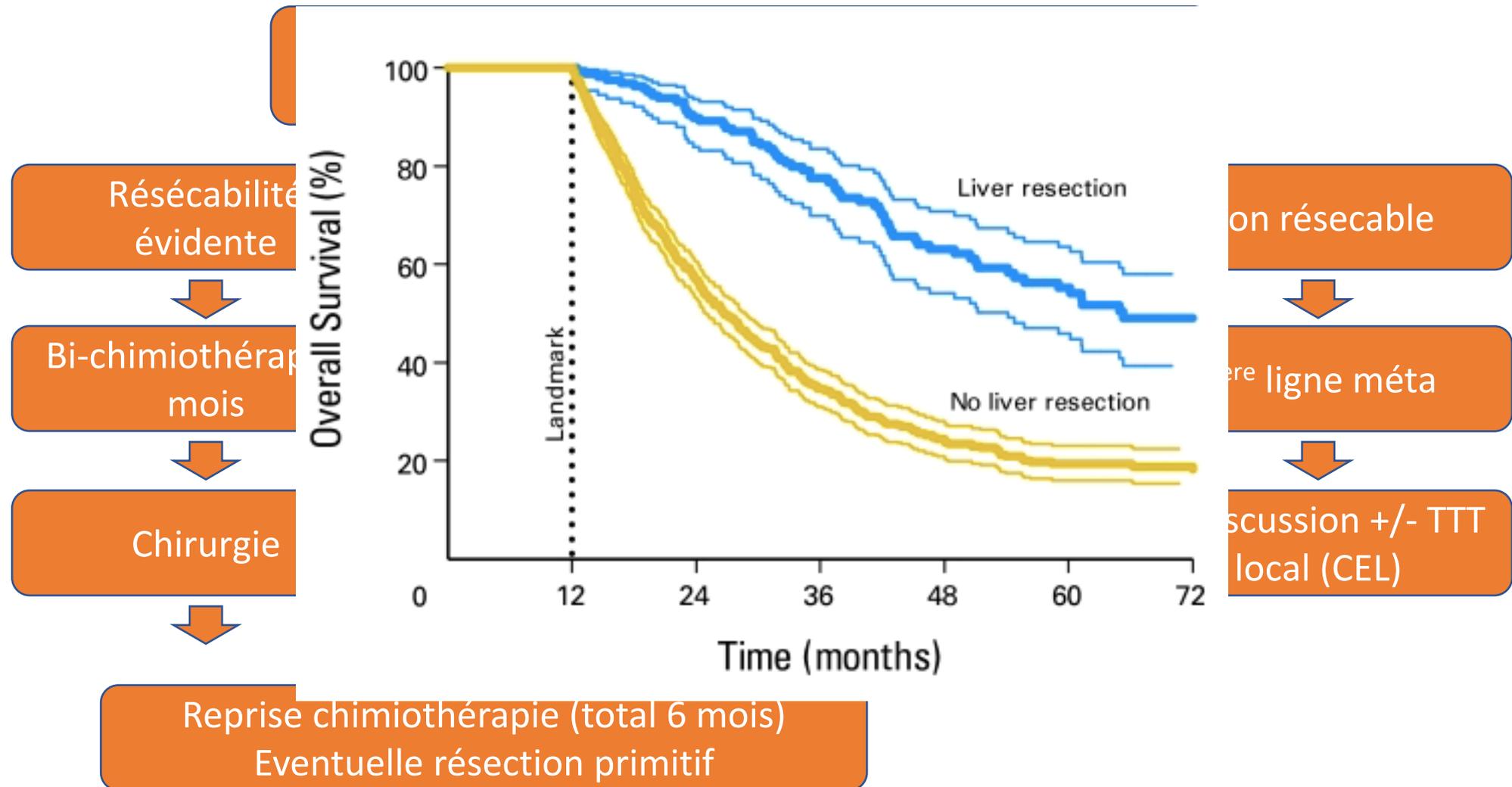


A la sortie de son bloc d'endoscopie, madame T. se voit prescrire un bilan d'extension comprenant notamment un scanner TAP...

...montrant une métastase unique du segment II.

Un traitement par chirurgie avec chimiothérapie péri-opératoire est validé en RCP.

# Cancer colorectal métastatique: prise en charge en cas de métastases hépatiques exclusives ou prédominantes



Mr K., voisin de madame T., réalise son bilan annuel de contrôle pour son diabète de type II...

Ce bilan montre d'importantes perturbations des tests hépatiques...

Il réalise un scanner TAP sur prescription de son médecin traitant...

**Une biopsie hépatique est rapidement organisée, révélant des métastases d'un adénocarcinome colique...**

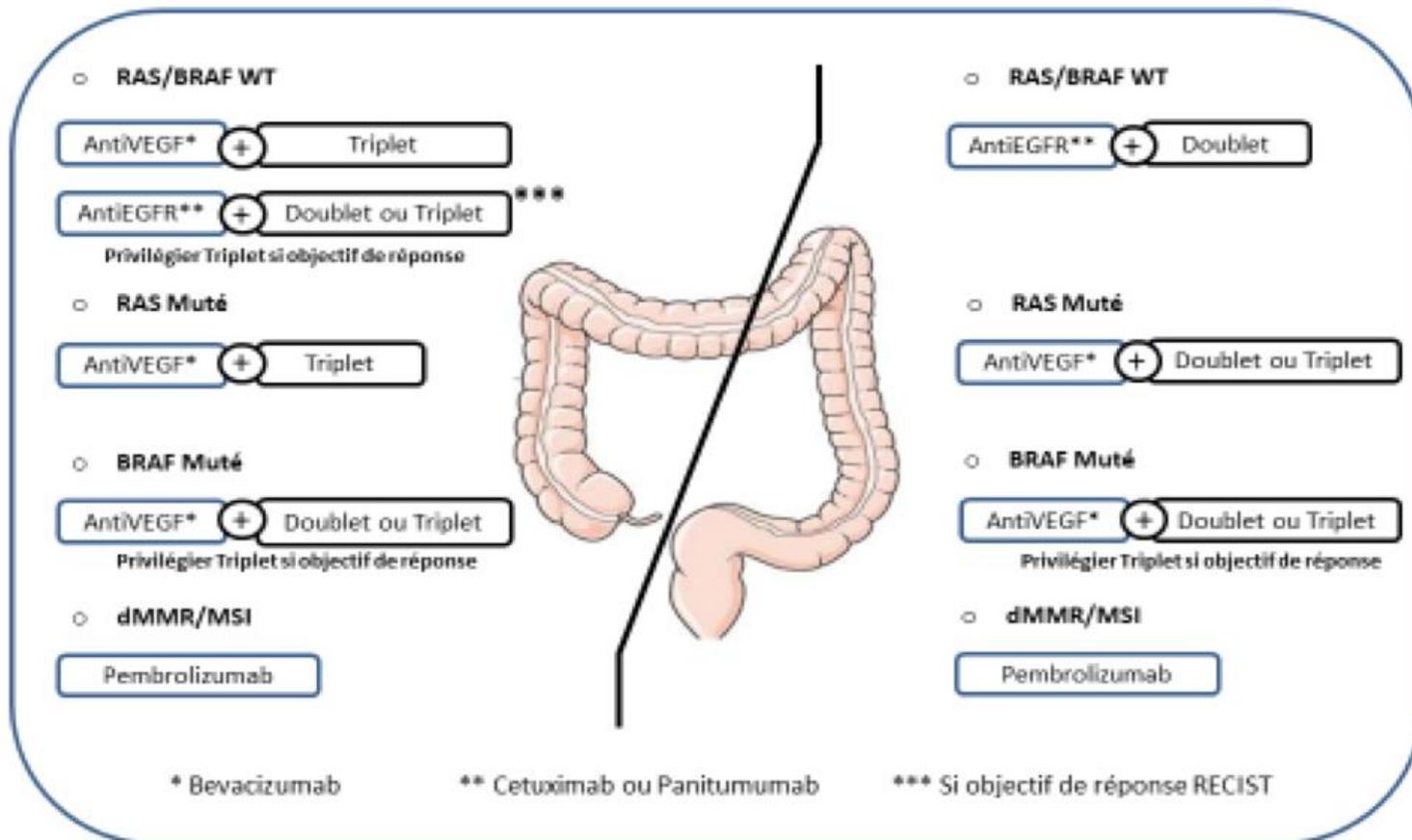


# Cancer colorectal métastatique: prise en charge en cas de métastases hépatiques non résécables

Bilan pré-thérapeutique du cancer du colon localisé



Détermination du statut MSI/MSS, RAS/RAF



*Chapitre 3:  
Le cancer du  
pancréas*



# Cancer du pancréas: en France

2<sup>ème</sup> cancer digestif incident

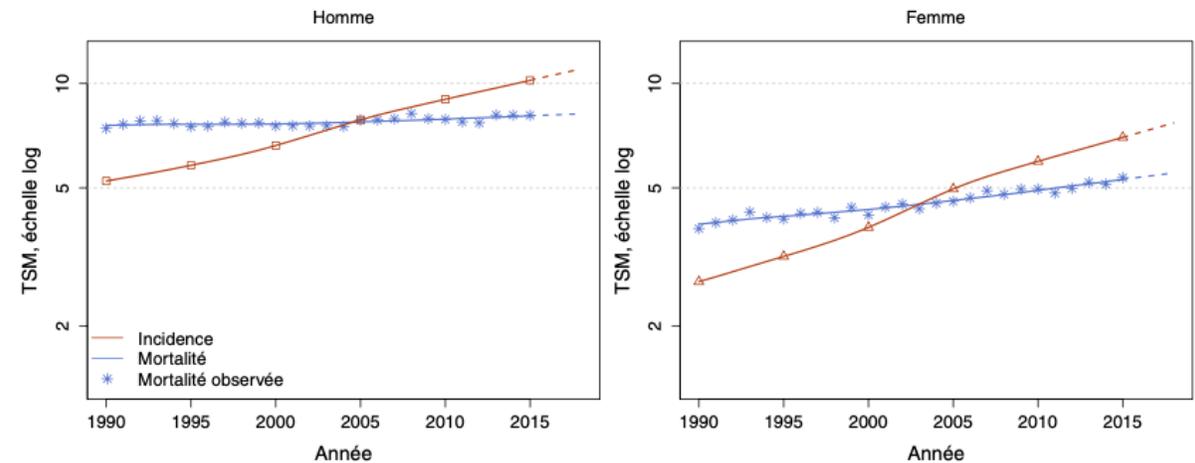
16000 nouveaux cas par an

12700 décès par an

Survie à 5 ans: 11% tous stades confondus

Localement avancé ou métastatique dans 80% des cas

*Evolution des taux d'incidence et de mortalité du pancréas lors des trente dernières années*



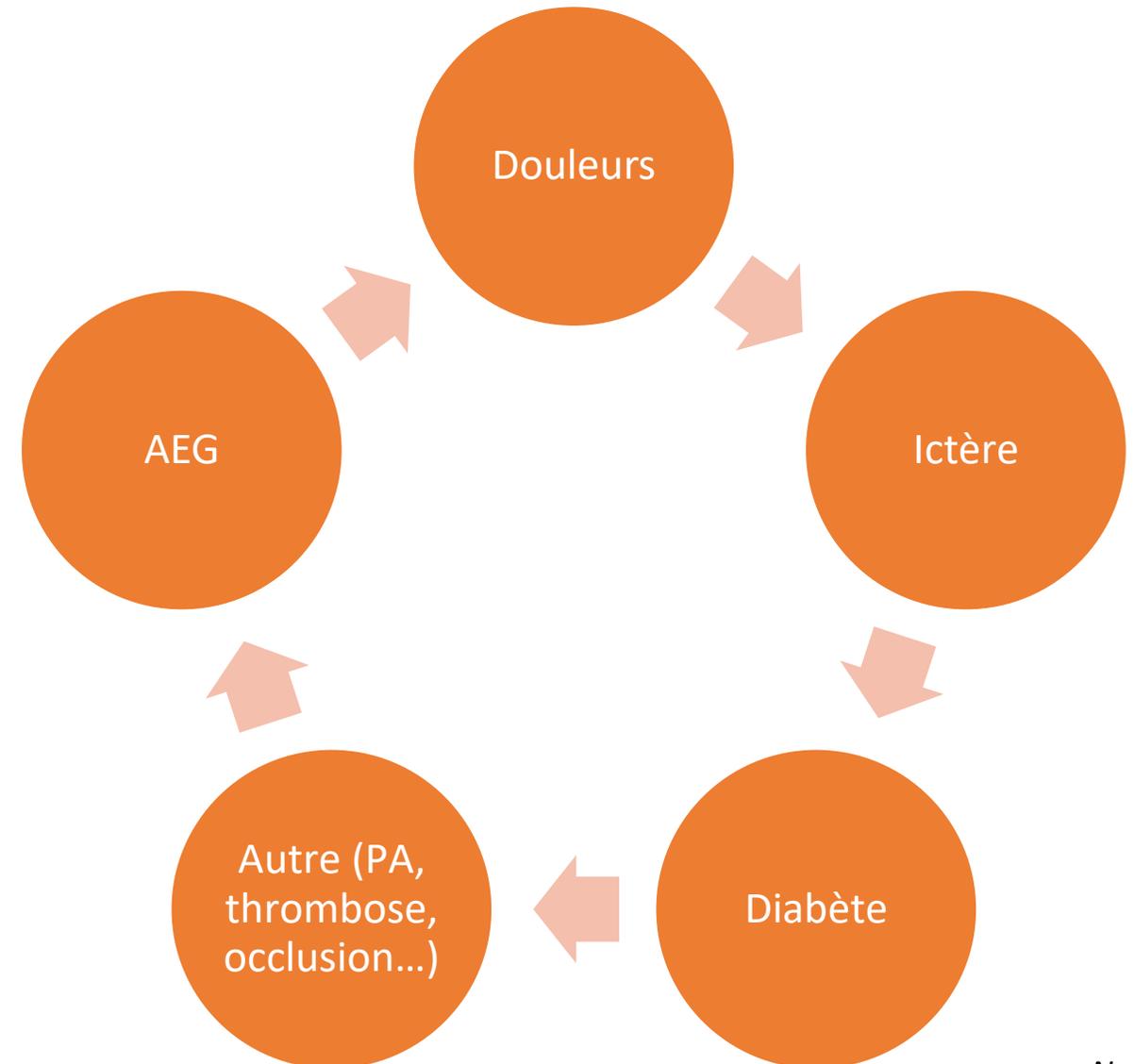
# Cancer du pancréas

## Facteurs de risque

- Intoxication tabagique
- Consommation excessive d'alcool
- Surpoids et obésité
- Diabète
- Pancréatite chronique calcifiante
- Mutations

# Cancer du pancréas: présentation clinique

\*Symptômes dépendant de la localisation et du volume tumoral  
\*Cancer de la tête (70-80%) plus rapidement symptomatique que cancer corps/queue (20-30%)  
\*Symptômes souvent aspécifiques





Monsieur J, 65 ans, diabétique de type II, obèse, est adressé aux urgences par son médecin traitant pour douleurs abdominales, ictère depuis quelques jours au domicile et altération de l'état général avec perte de 10 kilos en 1 mois...





- Le bilan biologique réalisé aux urgences montre une **cholestase ictérique**, une glycémie à jeun très élevée...
- Le scanner ci-contre est réalisé, montrant **une lésion très suspecte de la tête du pancréas**, localement avancée (plusieurs contacts vasculaires)...
- Il est rapidement hospitalisé en gastro-entérologie

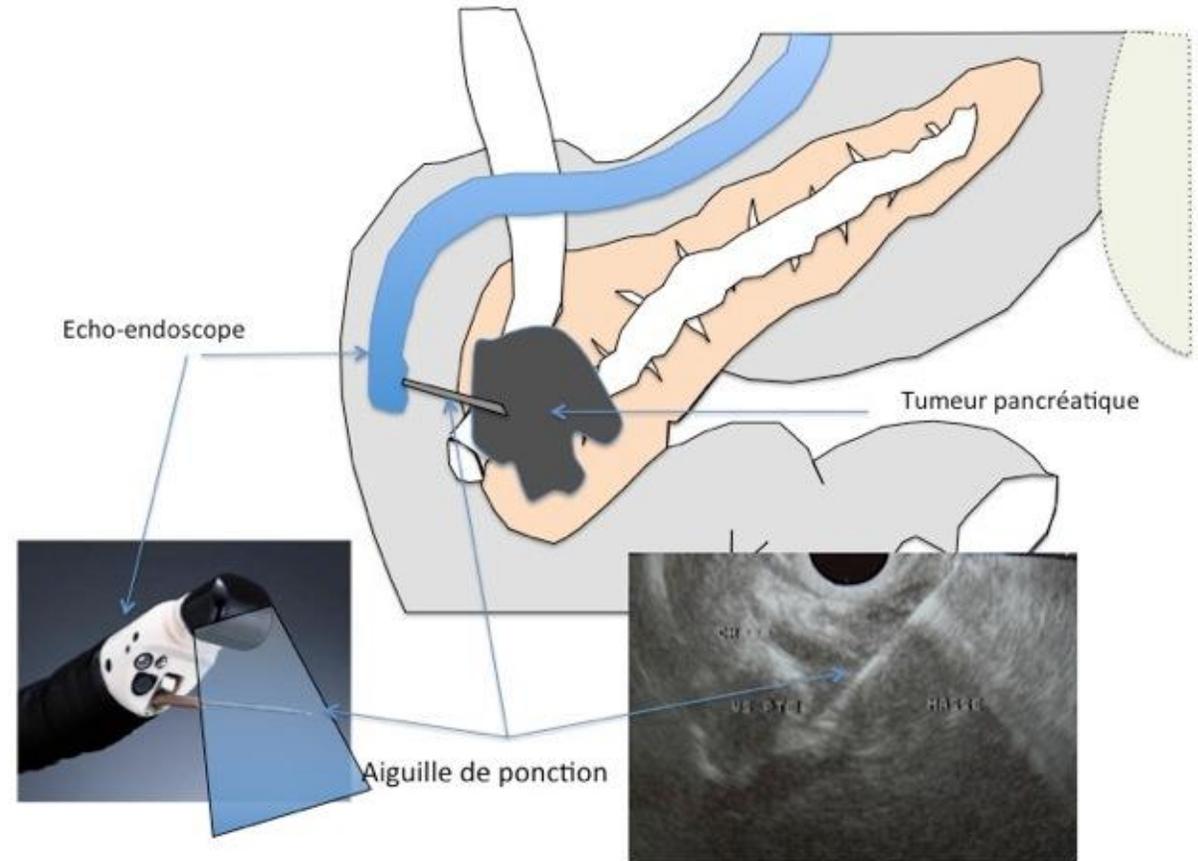
# Cancer du pancréas: bilan pré-thérapeutique

Echo-endoscopie +/-CPRE (drainage) pour biopsies

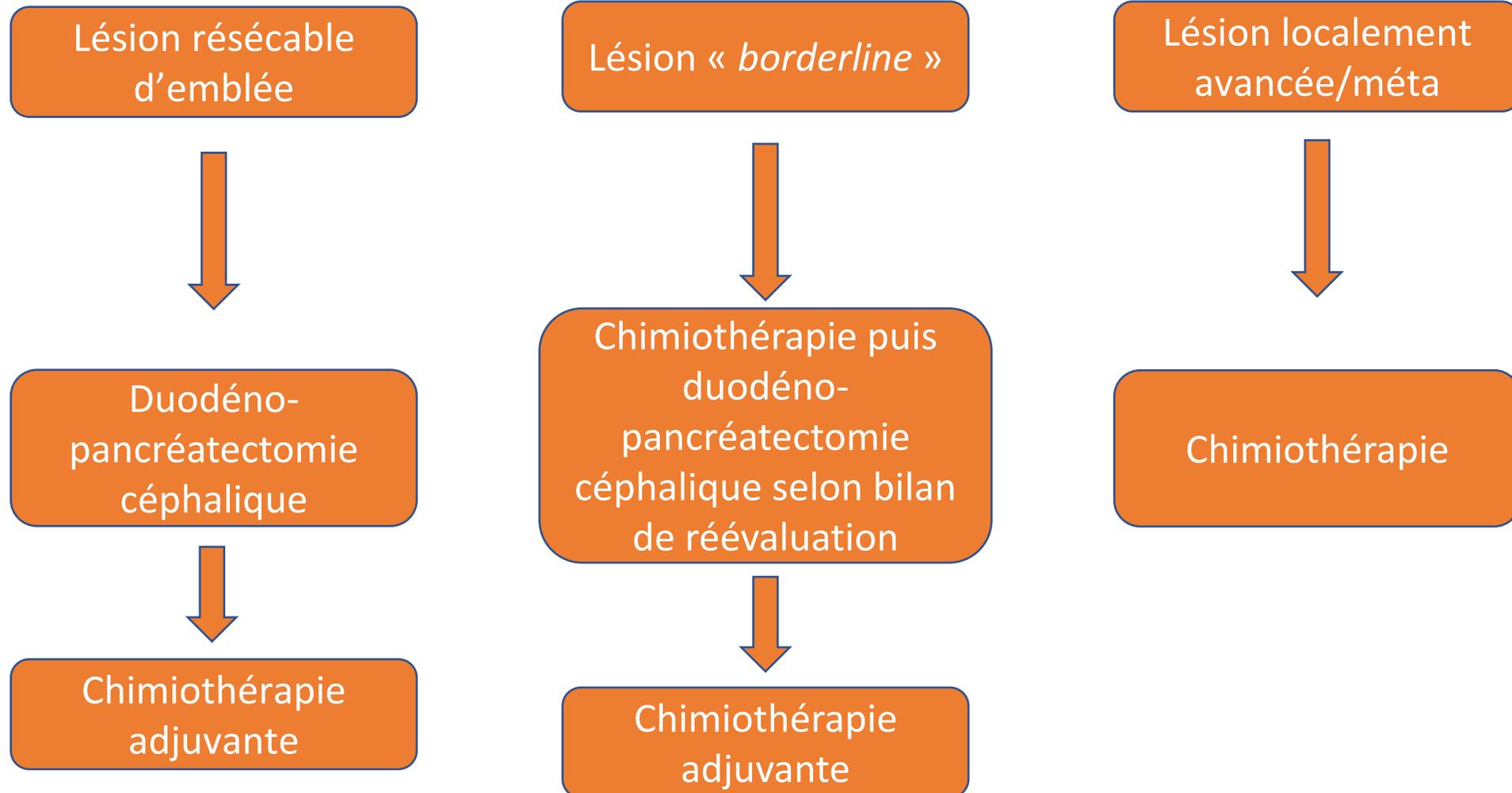
Scanner TAP avec description des contacts vasculaires

IRM hépatique en cas de projet chirurgical

Bilan nutritionnel complet, prise en charge nutritionnelle, prise en charge de la douleur, des troubles anxio-dépressifs



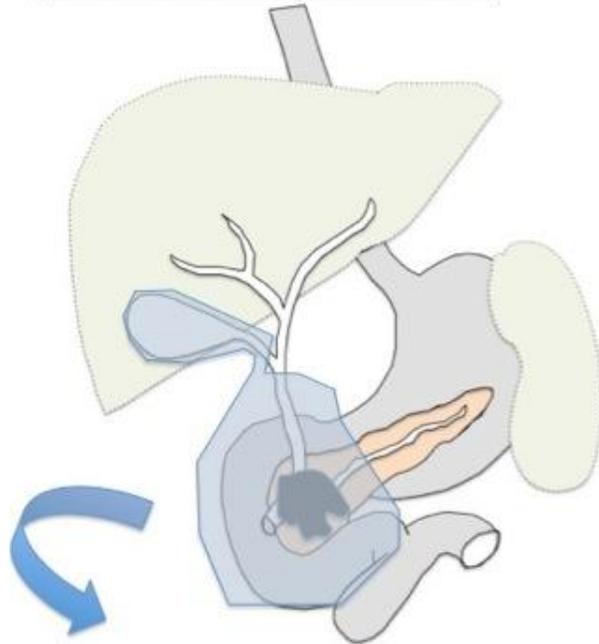
# Cancer du pancréas: grands principes du traitement



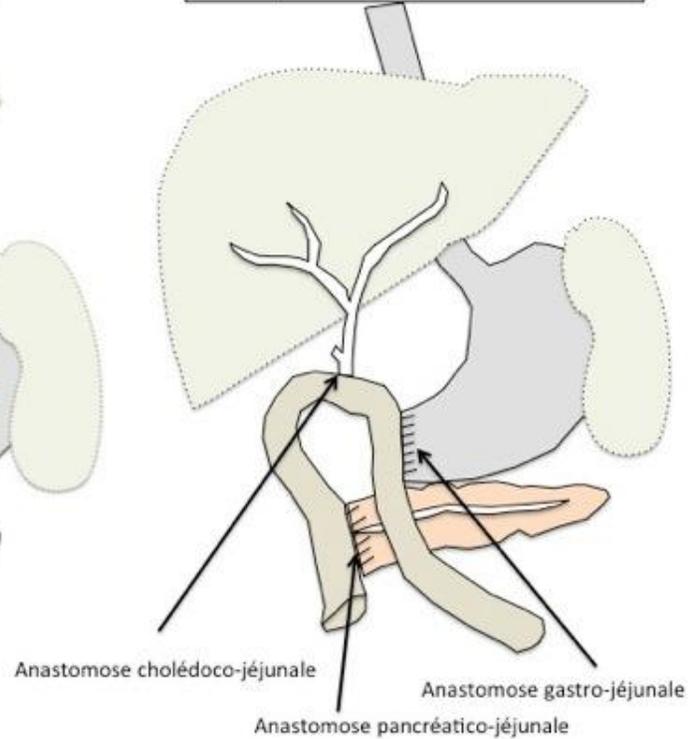
# Cancer du pancréas: traitements chirurgicaux

*Duodéno-pancréatectomie céphalique  
et anastomoses*

1) Résection du bloc duodéno-pancréatique

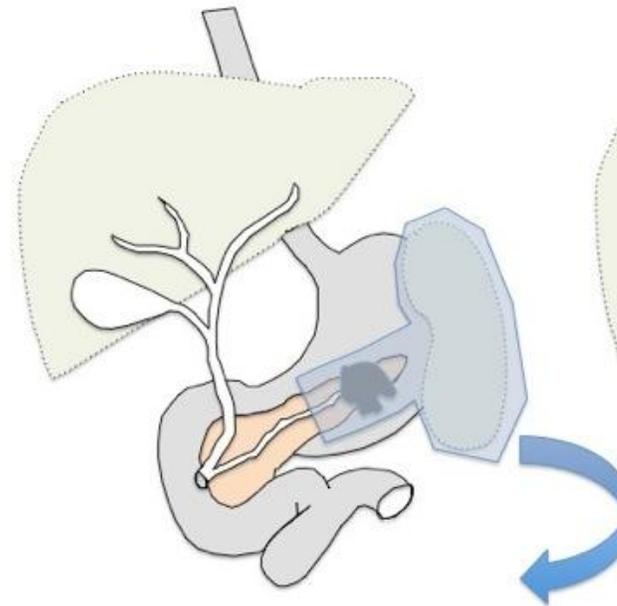


2) Réalisation des 3 anastomoses

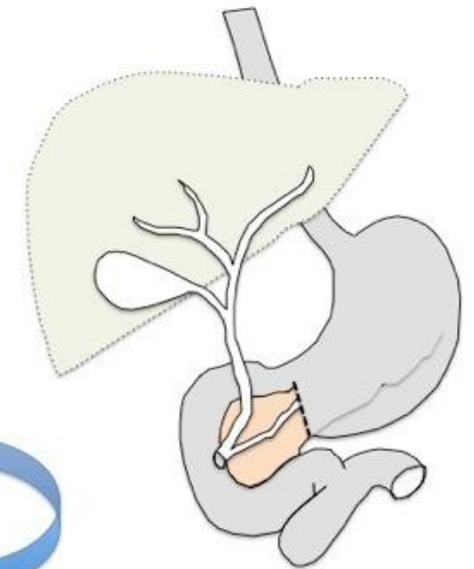


*Spléno-pancréatectomie caudale et  
sutures*

Résection de la queue du pancréas et la rate



Suture de la tranche de section pancréatique



# Cancer du pancréas: traitements de chimiothérapie

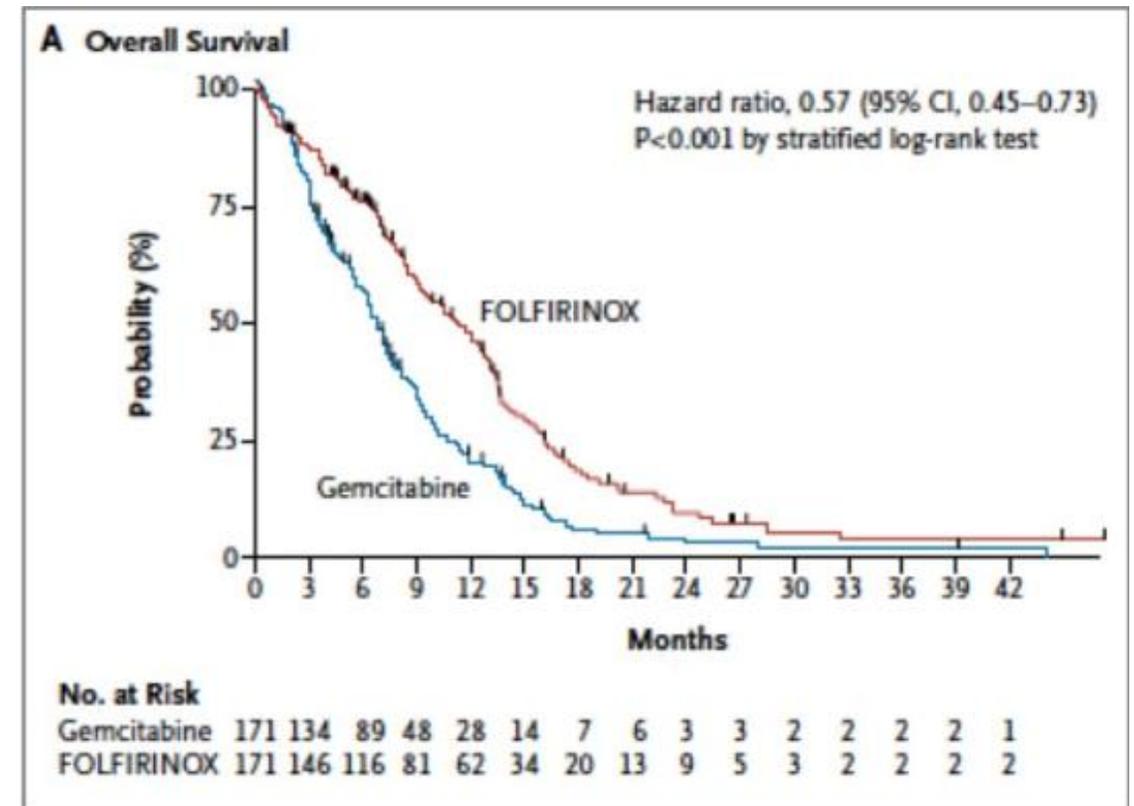
*FOLFIRINOX si OMS 0-1 et bilirubine < 1,5N*

*GEMCITABINE si OMS 2, bilirubine > 1,5N*

*Si OMS 3-4, soins de support exclusifs*

*2<sup>ème</sup> ligne selon état général et 1<sup>ère</sup> ligne*

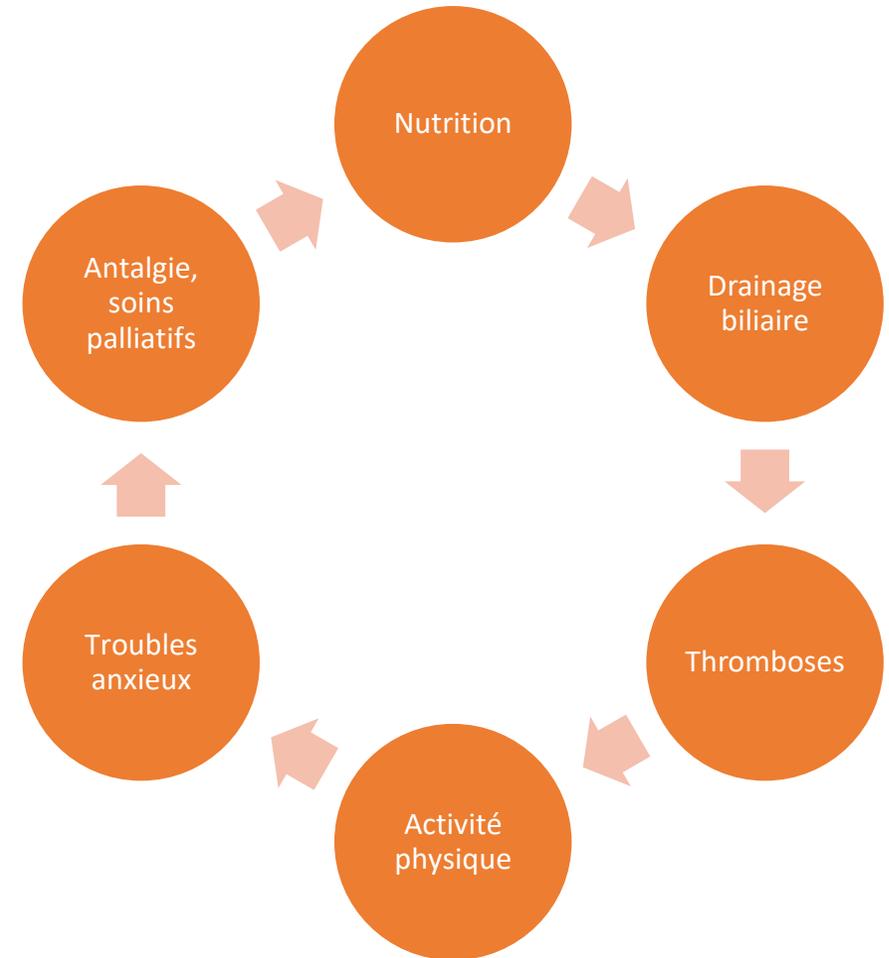
*Survie globale cancer du pancréas  
traité par FOLFIRINOX vs  
GEMCITABINE*



# Cancer du pancréas: soins de support, pierre angulaire de la prise en charge

*Pour tous les patients +++: améliore la qualité de vie, tolérance aux traitements*

*Meilleure survie globale (\*), possibilité d'administrer des schémas plus intenses*



*(\*)Rousseau et al., 2023*

Merci pour votre  
attention

