

Cancérologie digestive actualités

FMC de Tourcoing

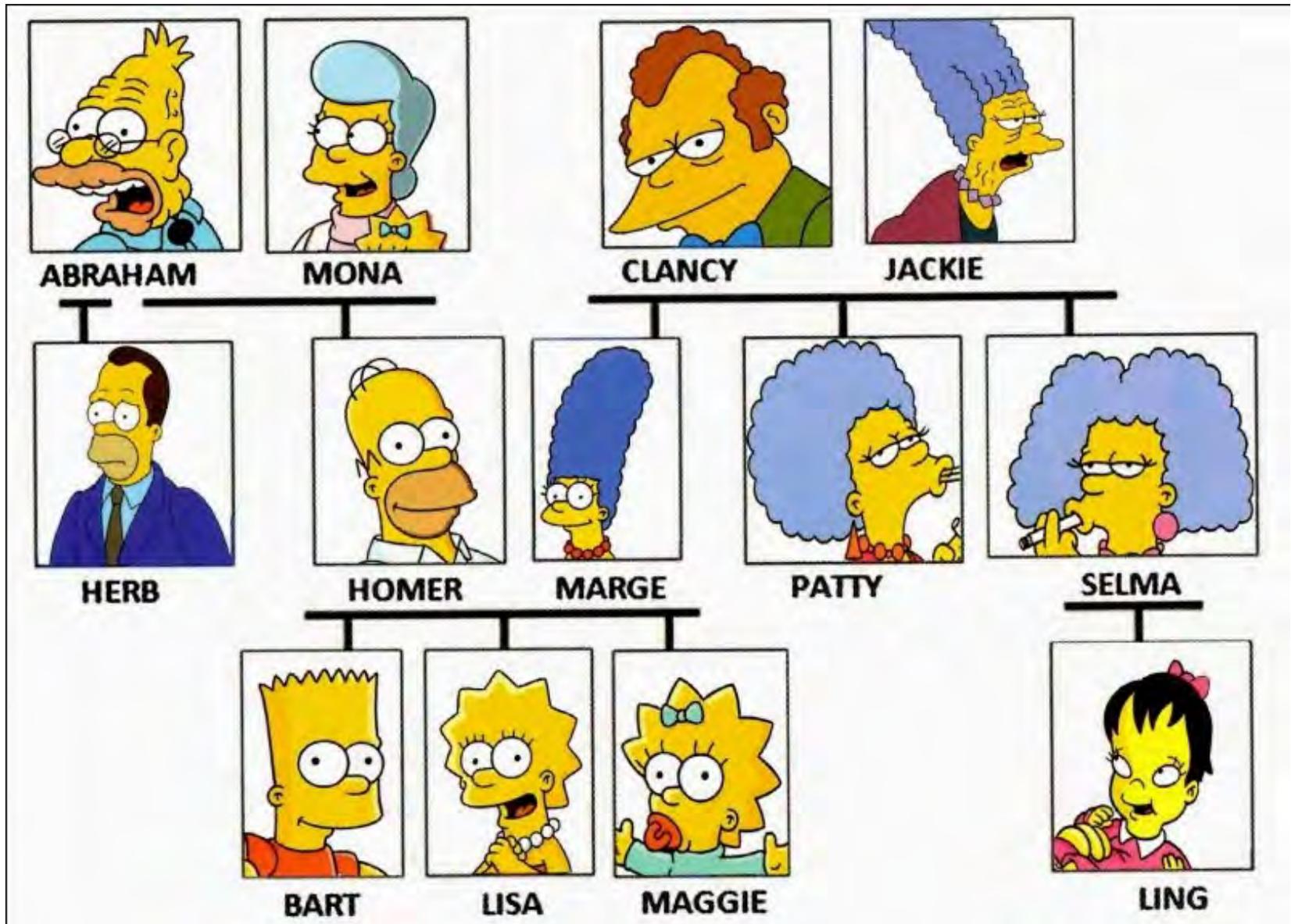
10 octobre 2017

Dr Aurélien Carnot

Dr Louise Libier

Dr Mathieu Messenger

Vous suivez la famille S.





Homer, 52 ans, vient vous voir en consultation....

Il est inquiet, il a été diagnostiqué chez son collègue âgé de 58 ans un cancer du colon.

Il n'a jusqu'à maintenant pas fait de test hémocult.

Il vous signale également des douleurs hypogastriques et une constipation évoluant depuis quelques mois

Que faites vous?

- A: vous le convainquez de faire un test hémocult
- B: vous lui dites qu'il est angoissé par le diagnostic récent de cancer chez son ami et que ses symptômes vont passer
- C: vous lui prescrivez un bilan biologique standard associé à des dosages de marqueurs tumoraux (ACE, CA 19.9, alpha FP)
- D: vous l'adressez à un gastro entérologue pour discuter d'une coloscopie

Que faites vous?

- A: vous le convainquez de faire un test hémocult
- B: vous lui dites qu'il est angoissé par le diagnostic récent de cancer chez son ami et que ses symptômes vont passer
- C: vous lui prescrivez un bilan biologique standard associé à des dosages de marqueurs tumoraux (ACE, CA 19.9, alpha FP)
- D: vous l'adressez à un gastro entérologue pour discuter d'une coloscopie

Il revient après ses examens avec les comptes rendus suivant

- Fibroscopie: EBO C1M7
- Coloscopie:

Diverticulose colique non compliquée

Résection à l'anse de 3 polypes sessiles de 5mm au niveau du bas fond caecal, de 7mm au niveau du colon transverse, de 1cm de la charnière rectosigmoïdienne

- Histologie:

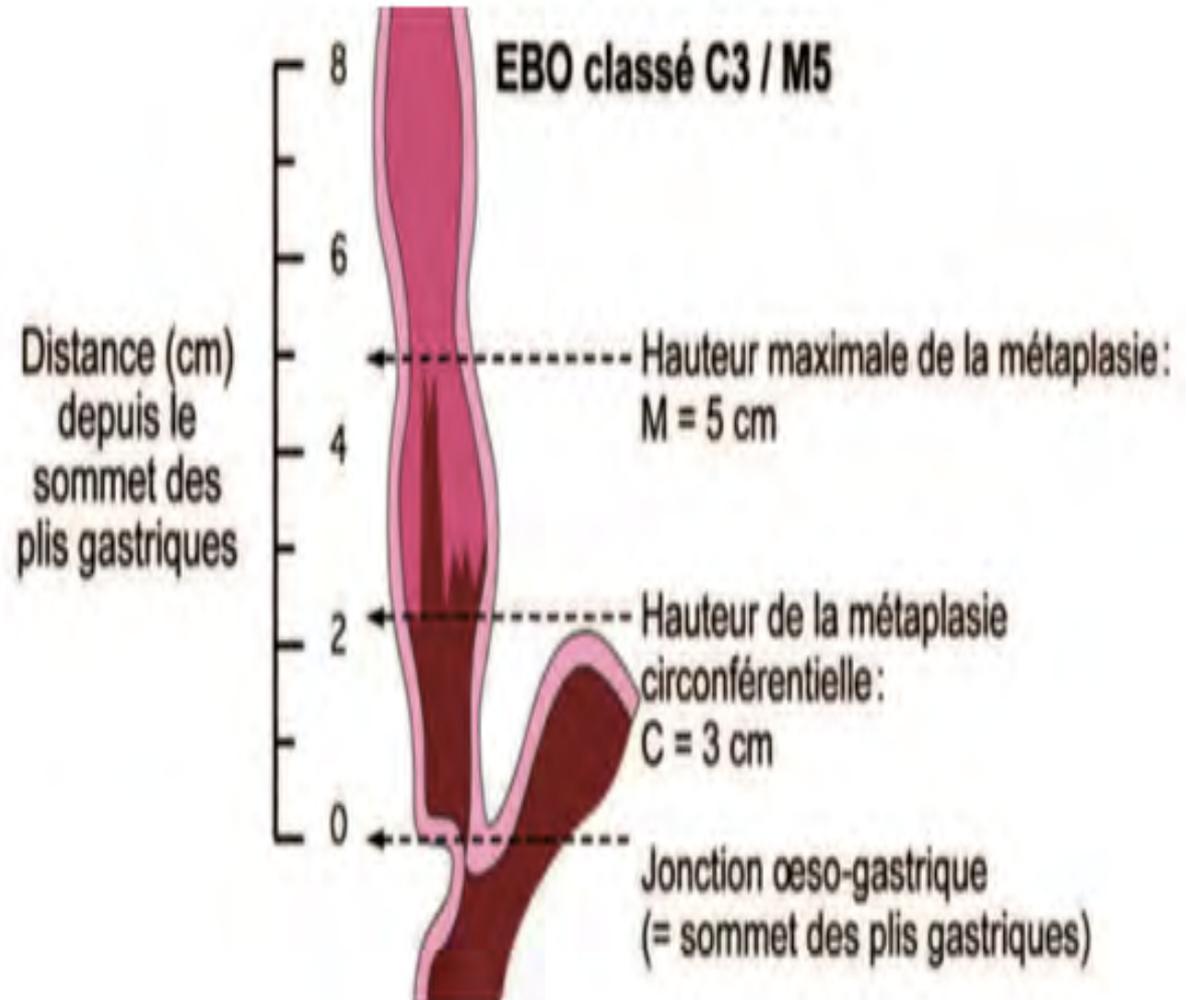
Œsophage: métaplasie intestinale sans dysplasie

Polypes coliques: fragments de muqueuse colique, adénome tubulo vilieux en dysplasie de bas grade

Il n'a pas compris les explications de son gastro entérologue, l'anesthésie générale faisait encore effet quand il est passé...

Que pensez vous des comptes rendus qu'il vous remet ?

Endobrachy oesophage



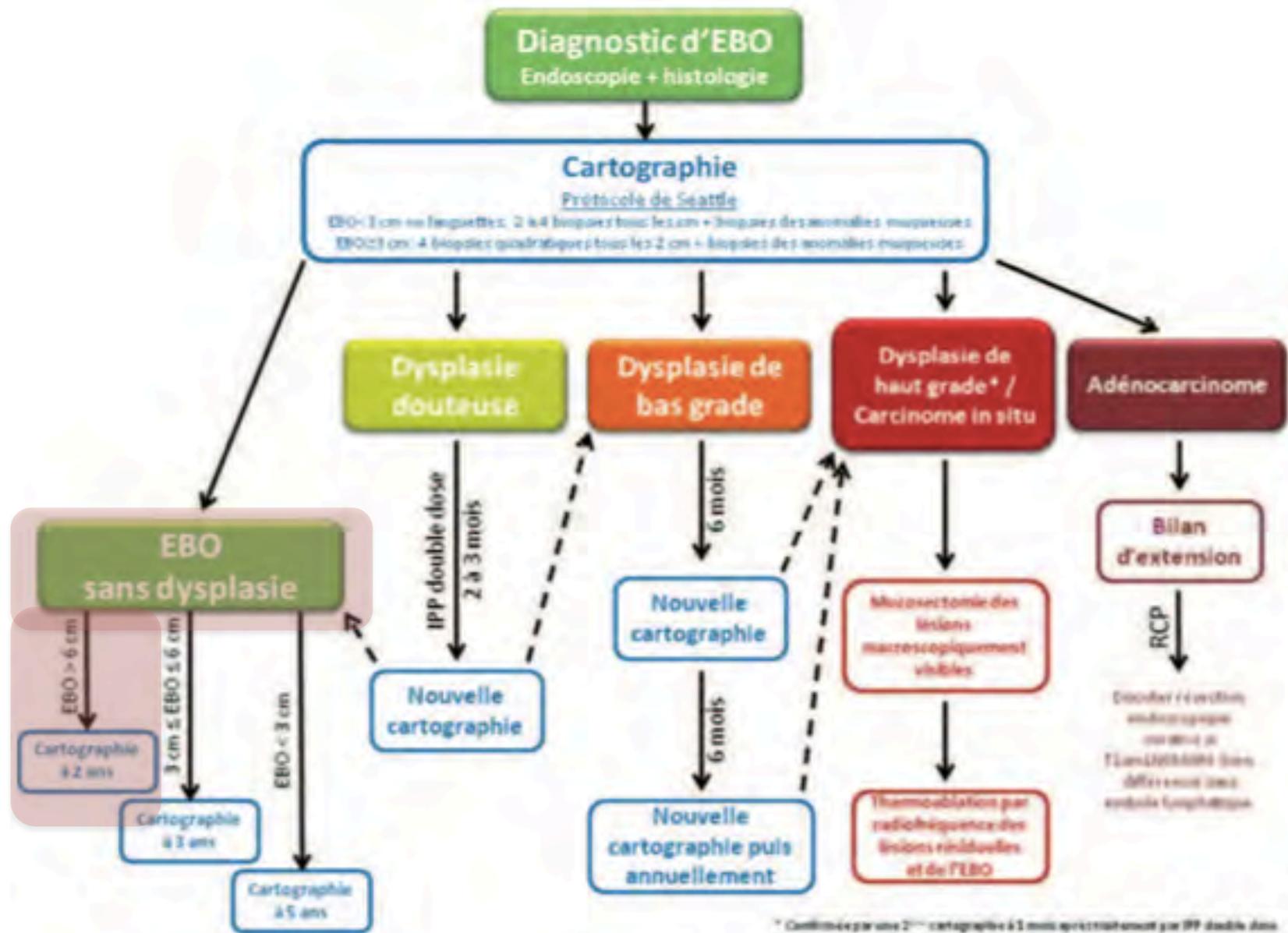


Figure 4. Algorithme de prise en charge des patients présentant un EBO

Tableau 1. Évaluation du risque de récurrence d'un ou plusieurs polypes ou de survenue d'un CCR (cancer colo-rectal) en fonction des caractéristiques du (des) polype(s) enlevé(s)

PA : polype adénomateux ou PF : polype festonné <small>NB : Les PF, sont tenus pour responsable d'une part importante des cancers d'intervalle, notamment au niveau du colon droit</small>		Cas particulier des PH (polype hyperplasique)
PBR (Polype à bas risque)	PHR (Polype à haut risque)	<ul style="list-style-type: none"> Les PH < 10mm du RS (recto-sigmoïde), ne sont pas un facteur de risque de survenue de CCR et relèvent d'une surveillance endoscopique selon le niveau de risque du patient. Les PH ≥ 10mm ou en amont du RS doivent faire l'objet d'une concertation avec l'anatomo-pathologiste pour le diagnostic différentiel avec les PF.
<ul style="list-style-type: none"> nombre < 3 ET taille < 10 mm ET dysplasie de bas grade pour PA ou pas de dysplasie pour PF 	<ul style="list-style-type: none"> nombre ≥ 3 OU taille ≥ 10 mm OU dysplasie de haut grade (ou pTis) pour PA ou dysplasie pour PF 	

Les autres facteurs de risque liés au(x) polype(s)

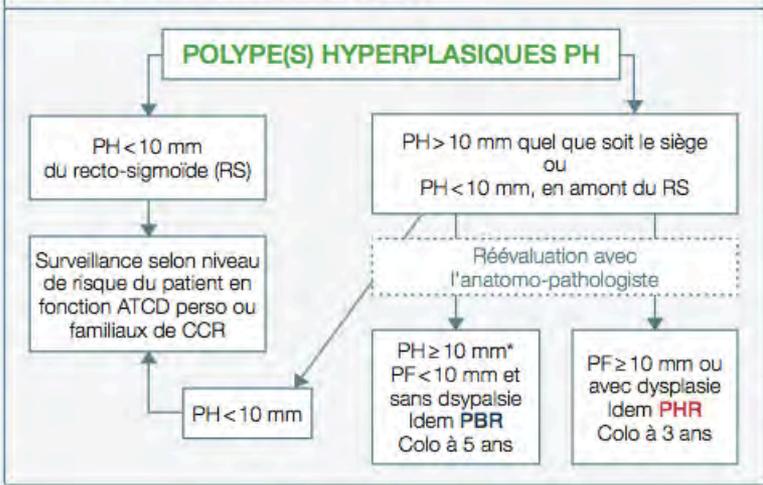
- L'augmentation du risque de récurrence liée à la présence d'une composante villeuse n'est pas démontrée de façon probante quand cette caractéristique est considérée indépendamment des autres (notamment taille et nombre des adénomes). Donc, en l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de formuler de recommandations en termes de délai de reconvoque sur cet argument histologique pris isolément.
- La localisation proximale de l'adénome (en amont de l'angle colique gauche) pour le moment non retenu dans les recommandations internationales apparaît comme un facteur pouvant modifier la décision, car son impact a une valeur proche, voire supérieure au facteur « dysplasie de haut grade ».

Tableau 2. Proposition de calendrier de suivi en cas de PA et PF

Les propositions suivantes (notamment à partir de la colo 4) reposent sur un avis d'experts.
 Ce calendrier indicatif sera à moduler en fonction des caractéristiques du cas clinique (âge pour la première coloscopie, âge du patient, etc.)

Colo Index	Colo 2	Colo 3	Colo 4 et ...		
Évaluation risque	Date	Résultats	Date	Résultats	Date
PBR	→ 5 ans	PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans
		PBR	→ 5 ans	PBR	→ 5 ans
		Pas de polype	→ 5 ou 10 ans*	Pas de polype	→ 5-10 ans ou stop**
PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans
		PBR	→ 5 ans	PBR	→ 5 ans
		Pas de polype	→ 5 ans	Pas de polype	→ 5 ans

Tableau 3. Cas particulier du PH



* Selon le niveau de risque du patient défini par les ATCD personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes: risque élevé (5 ans) ou risque moyen (10 ans). ** Selon le niveau de risque du patient défini par les atcd personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes : risque élevé (5 à 10 ans) ou risque moyen (stop et retour à la stratégie de dépistage national).

Quelques semaines plus tard, Marge, 46 ans, vient vous voir



- Elle aussi est inquiète
- Elle n'a aucun symptômes digestifs
- Son père, âgé de 72 ans, vient d'avoir une coloscopie pour rectorragies. Il a été retrouvé un polype de 5mm pour lequel l'histologie met en évidence un adénome tubuleux en dysplasie de bas grade et de multiples polypes millimétriques hyperplasiques rectaux

Que faites vous?

- A: vous la rassurez, elle n'a pas de sur risque de cancer colorectal
- B: vous proposez un test hémocult
- C: vous faites un bilan biologique standard associé à des marqueurs tumoraux (ACE, CA 19.9, CA 15.3, CA 125, alpha FP)
- D: vous faites un scanner TAP pour la rassurer
- E: vous l'adresser à un gastro entérologue pour coloscopie

Que faites vous?

- A: vous la rassurez, elle n'a pas de sur risque de cancer colorectal
- B: vous proposez un test hémocult
- C: vous faites un bilan biologique standard associé à des marqueurs tumoraux (ACE, CA 19.9, CA 15.3, CA 125, alpha FP)
- D: vous faites un scanner TAP pour la rassurer
- E: vous l'adresser à un gastro entérologue pour coloscopie

1 personne

1
Symptômes digestifs

Coloscopie

2
Antécédents familiaux
de CCR ou adénome :

1 parent 1^{er} degré < 60 ans
2 parents 1^{er} degré > 60 ans

Antécédents personnels
de CCR ou adénome

Coloscopie à 45 ans ou 5 ans avant
l'âge du 1^{er} cas familial

3
Pas de symptômes digestifs
Pas d'antécédents
de CCR ou d'adénomes,
MAIS

Dépistage départemental
de masse organisé

Hemocult / 2 ans
de 50 à 74 ans.
Si positif, coloscopie



Quelques mois plus tard...

- Elle revient catastrophée...
- Sa sœur âgée de 51 ans a fait une coloscopie pour test hémocult positif
- Il a été diagnostiqué un cancer du sigmoïde
- Heureusement, il n'y a pas de métastases, elle a pu être opérée rapidement
- Tout va bien, elle n'a pas eu besoin de chimiothérapie

Que faites vous?

- A: vous la rassurez, elle n'a pas de sur risque de cancer colorectal
- B: vous proposez un test hémocult
- C: vous faites un bilan biologique standard associé à des marqueurs tumoraux (ACE, CA 19.9, CA 15.3, CA 125, alpha FP)
- D: vous faites un scanner TAP pour la rassurer
- E: vous l'adresser à un gastro entérologue pour coloscopie

Que faites vous?

- A: vous la rassurez, elle n'a pas de sur risque de cancer colorectal
- B: vous proposez un test hémocult
- C: vous faites un bilan biologique standard associé à des marqueurs tumoraux (ACE, CA 19.9, CA 15.3, CA 125, alpha FP)
- D: vous faites un scanner TAP pour la rassurer
- E: vous l'adresser à un gastro entérologue pour coloscopie

- La coloscopie retrouve malheureusement un cancer colo rectal
- Vous la revoyez pour la déclaration d'ALD
- Elle a des questions qu'elle n'a pas osé poser à son gastro entérologue

Va-t-elle avoir besoin d'un suivi?



Va-t-elle avoir besoin d'un suivi?

5.5. Durée de la surveillance

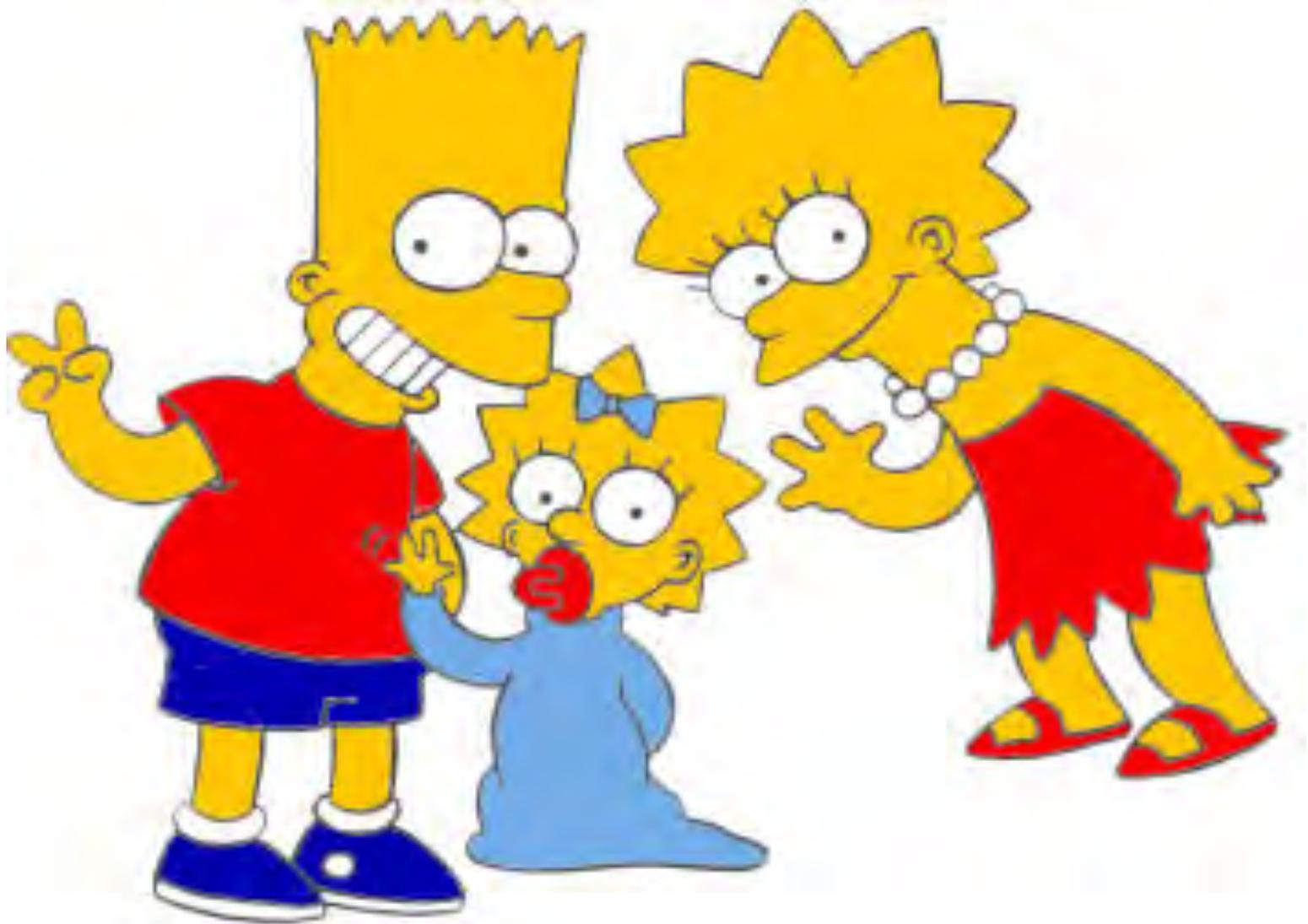
En l'absence de récurrence, la durée de la surveillance d'un patient traité pour un cancer colorectal est de 5 ans.

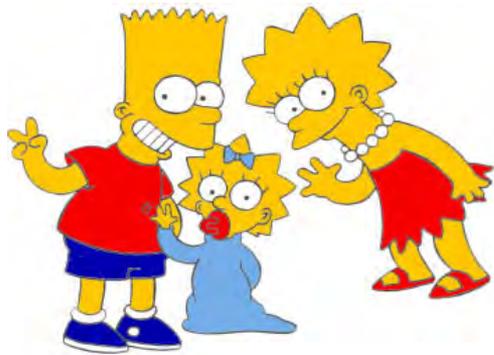
Au-delà de cette durée, le patient traité reste à risque élevé de cancer et donc bénéficie tous les 5 ans d'un dépistage par coloscopie.

TABLEAU DE SUIVI

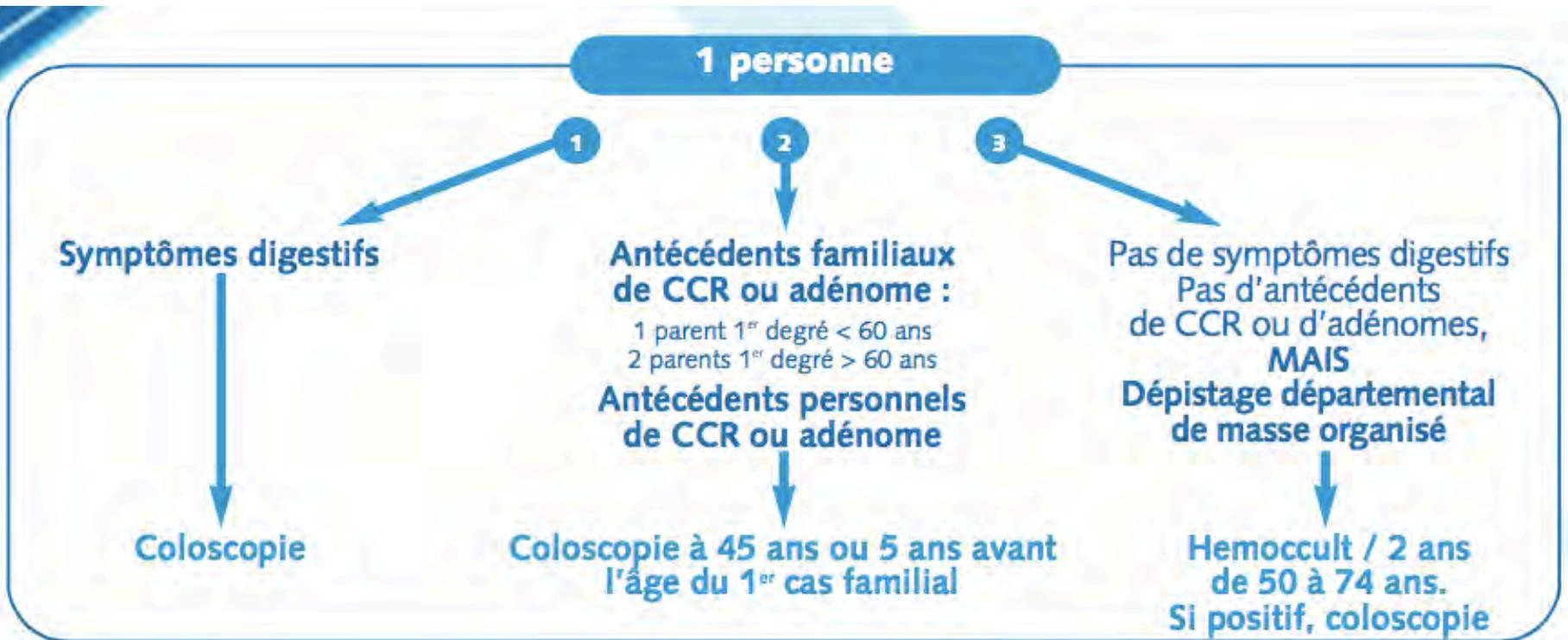
Examen clinique	Tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans
Coloscopie	Contrôle à 2 ou 3 ans, puis tous les 5 ans Cas particuliers : coloscopie initiale incomplète
Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne avec injection	Tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans, puis annuellement pendant 3 ans
Échographie abdominopelvienne	En cas d'impossibilité de réaliser une TDM
ACE	Pour les stades II et III, tous les 3 mois durant les 2 premières années, puis tous les 6 mois la 3 ^e année
IRM hépatique	En cas de difficultés de surveillance du parenchyme hépatique en TDM
TEP Scan FDG du corps entier	En cas d'élévation de l'ACE et négativité du bilan par ailleurs

Quelle surveillance proposer à ses enfants?





Quelle surveillance proposer à ses enfants?



Elle a entendu parlé de formes
familiales de cancers....

Quand les suspectez vous?

Les formes familiales de CCR

Indication d'une consultation d'oncogénétique

Suspicion de syndrome de Lynch (SL) :

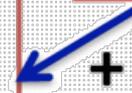
- ou 2 parents atteints par un cancer du spectre dont un < 50 ans
- ou un ATCD personnel de cancer du spectre du SL
- ou moins de 40 ans
- ou phénotype MSI ou dMMR – test effectué dans le cadre de la recherche d'un SL

Suspicion de polypose adénomateuse familiale :

- ≥ 15 polypes adénomateux colorectaux synchrones ou métachrones (≥ 10 avant 60 ans ; ≥ 5 avant 40 ans)
- Si polypose floride (> 100 polypes) ou atteinte d'individus de génération successive ou de tumeur desmoïde, l'analyse débutera par la recherche d'une mutation du gène *APC*
- Si polypose atténuée en l'absence d'agrégation transgénérationnelle, l'analyse débutera par la recherche d'une mutation du gène *MUTYH*

Indications de recherche d'un phénotype tumoral MSI ou dMMR dans le cadre de la recherche d'un syndrome de Lynch

- Patient de moins de 60 ans pris en charge pour un cancer du côlon
- Patient, quel que soit son âge, ayant un antécédent familial au 1^{er} degré de cancer du spectre du syndrome de Lynch



Spectre du syndrome de Lynch:

- Colon et rectum
- Endomètre
- Voies urinaires
- Intestin grêle

Abraham, 76 ans, vient vous voir en consultation



- Il a perdu du poids
- Il n'a plus d'appétit
- Il n'a pas de douleurs particulières
- Il n'a pas de signes fonctionnels

Que proposez vous?

- A: Rien, de toute façon il est âgé et altéré, on ne lui proposera pas de traitement
- B: un bilan biologique avec un bilan nutritionnel
- C: le dosage systématique des marqueurs tumoraux ACE, CA 19.9, alpha FP
- D: un scanner thoraco abdomino pelvien

Que proposez vous?

- A: Rien, de toute façon il est âgé et altéré, on ne lui proposera pas de traitement
- B: un bilan biologique avec un bilan nutritionnel
- C: le dosage systématique des marqueurs tumoraux ACE, CA 19.9, alpha FP
- D: un scanner thoraco abdomino pelvien

Vous recevez ces résultats...



Que proposez vous?

- A: Rien, il est âgé et altéré, on ne lui proposera pas de traitement
- B: consultation d'oncologie pour recherche de la lésion primitive et évaluation pour un traitement

Que proposez vous?

- A: Rien, il est âgé et altéré, on ne lui proposera pas de traitement
- B: consultation d'oncologie pour recherche de la lésion primitive et évaluation pour un traitement

Outils pour la prise en charge en gériatrie



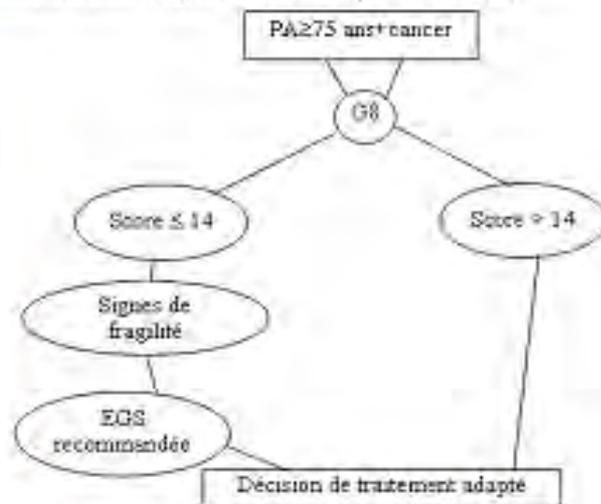
GRILLE ONCODAGE ou G8 = outil de dépistage de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus atteintes d'un cancer

DATE DU DÉPISTAGE : _____
 NOM : _____ PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : / /
 PATHOLOGIE : _____
 LIEU : _____
 EFFECTUÉE PAR (fonction) : _____
 G8 avant Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : OUI NON

Outil d'évaluation simple et rapide coté de 0 à 17, pouvant être rempli par du personnel médical ou paramédical en consultation, dans les services de soins ou en extra hospitalier.

Si le résultat du G8 est inférieur ou égal à 14, il est recommandé de demander une EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée)

QUESTIONS	REPNSES POSSIBLES	SCORE
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	0 1 2
Perte de poids (< 3 mois)	Perte de poids > 3kg Ne sait pas Perte de poids entre 1 et 3kg Pas de perte de poids	0 1 2 3
Motricité	Du lit au fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	0 1 2
Problèmes neuropsychologiques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de problèmes psychologiques	0 1 2
Indice de Masse Corporelle IMC = [poids] / [taille] ² en kg par m ² Poids = _____ kg Taille = _____ m IMC = / =	IMC < 19 19 ≤ IMC < 21 21 ≤ IMC < 23 IMC ≥ 23	0 1 2 3
Prend plus de 3 médicaments	Oui Non	0 1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne Ne sait pas Aussi bonne Meilleure	0 0,5 1 2
Age	> 85 ans 60-85 ans < 60ans	0 1 2
SCORE/17		



Attention

Si le score obtenu est inférieur ou égal à 14, veuillez prendre contact avec le secrétariat d'oncogériatrie

EGS DEMANDEE : OUI NON

Herb, 53 ans, vient vous voir en consultation



- Il est ictérique
- Il déclare consommer peut être un peu trop d'alcool, enfin comme tout le monde vous savez, les déjeuners d'affaires, les contrats signés, le petit whisky en rentrant du travail...

Vous suspectez une cirrhose
alcoolique.

Il refuse de consulter un gastro
entérologue mais accepte votre suivi...

Quelles sont les modalités de
dépistages du CHC?

- Dosage de l'alpha foeto protéine tous les 6 mois
- Imagerie hépatique tous les 6 mois
 - Echographie
 - TDM abdomino pelvien, 4 temps
 - IRM hépatique

Tu vas passer ta coloscopie ?



Ouais, le problème c'est qu'il faut suivre un régime pendant 3 jours et boire la veille 4 litres de liquide dégueulasse...



Ils font ça rien que pour te faire chier !

