



Dépistage des cancers digestifs : les bonnes pratiques en fonction de l'âge

Paul GIROT, Gastroentérologue, CHD Vendée



INTRODUCTION

Définition HAS du dépistage :

Un dépistage vise à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes a priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents.



INTRODUCTION

Définition HAS du dépistage :

- Des traitements efficaces doivent pouvoir être rapidement proposés et mis en œuvre
- Les personnes les plus à risque de la maladie doivent être facilement identifiables
- Le dépistage doit diminuer la mortalité
- Le dépistage doit présenter plus d'avantages que d'inconvénients



INTRODUCTION

Recommandations pour le dépistage des cancers digestifs après 75 ans :





INTRODUCTION

Très grande variabilité des situations cliniques !



85 ans



65 ans



OBJECTIF

Comprendre le but et les outils du dépistage a travers trois situations fréquentes :

- Dépistage du cancer colorectal
- Dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les patients cirrhotiques
- Surveillance des TIPMP pancréatiques



CANCER DU COLON





CARCINOGENESE

Généralement asymptomatique (parfois quelques rectorragies)

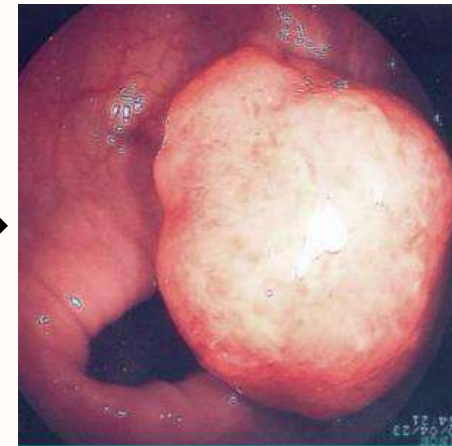
Symptômes
lorsque cancer
avancé



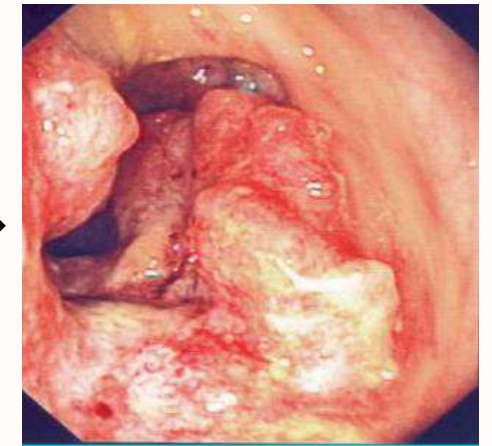
Muqueuse normale



Adénome en dysplasie
de bas grade



Adénome en dysplasie
de haut grade / cancer
in situ



Cancer infiltrant
Adénocarcinome

La probabilité de transformation d'un adénome de taille > 1 cm est de 2,5% à 5 ans et 24% à 20 ans.
Le cancer colo rectal est issu d'une lésion bénigne dans 80% des cas.



EXPLORER LE COLON

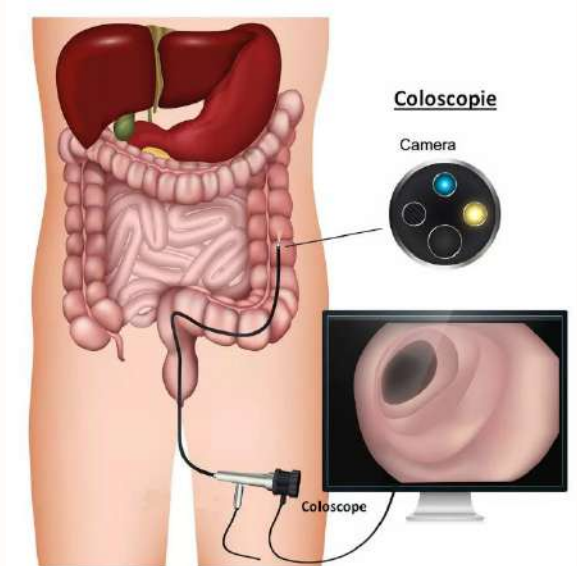
Organe creux et mobile

→ Le scanner abdominal classique est un très mauvais examen pour voir le colon en dehors de lésions très volumineuses ou de situations cliniques particulières (occlusion / perforation colique)



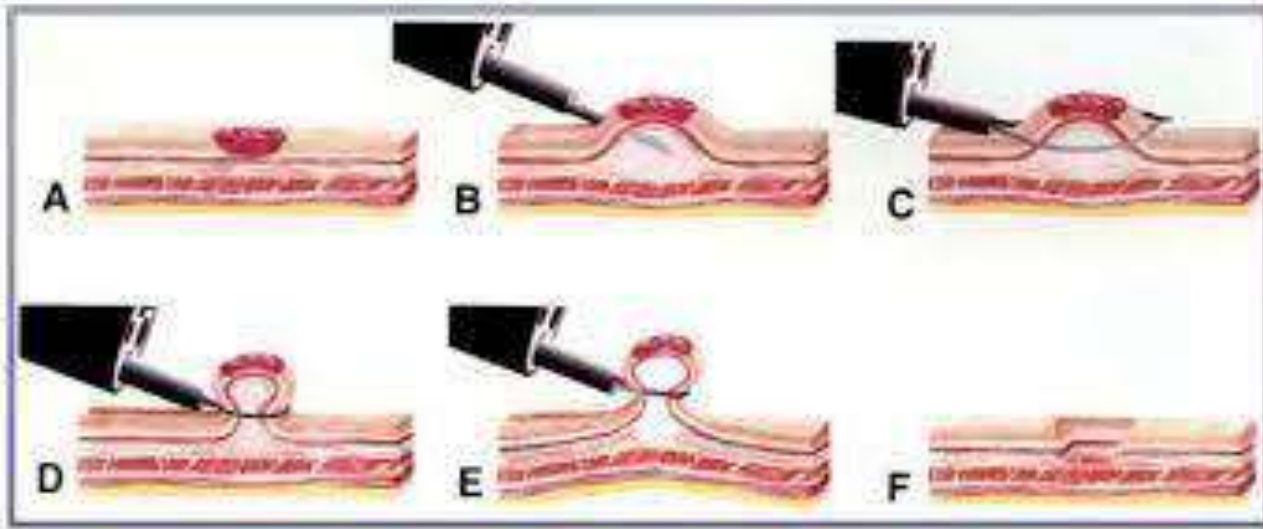
EXPLORER LE COLON

- **Examen de référence = Coloscopie**
 - Introduction d'une caméra en forme de tuyau par l'anus pour visualiser le colon
 - Nécessite une préparation au préalable
 - Meilleur examen pour visualiser le colon
 - Permet de faire des biopsies ou de réséquer des polypes
 - **Nécessite une anesthésie générale**
 - **Risque de saignement ou perforation**





EXPLORER LE COLON



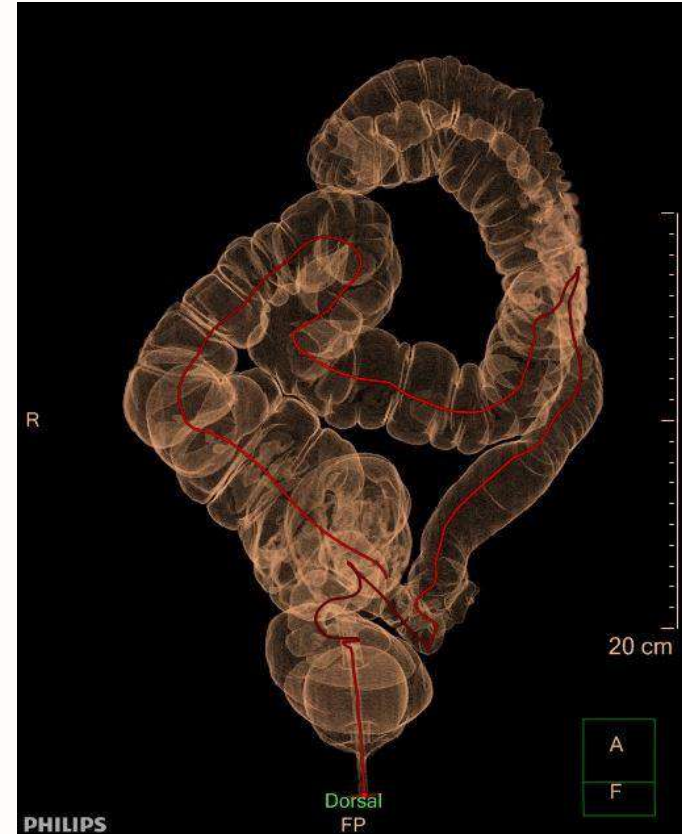
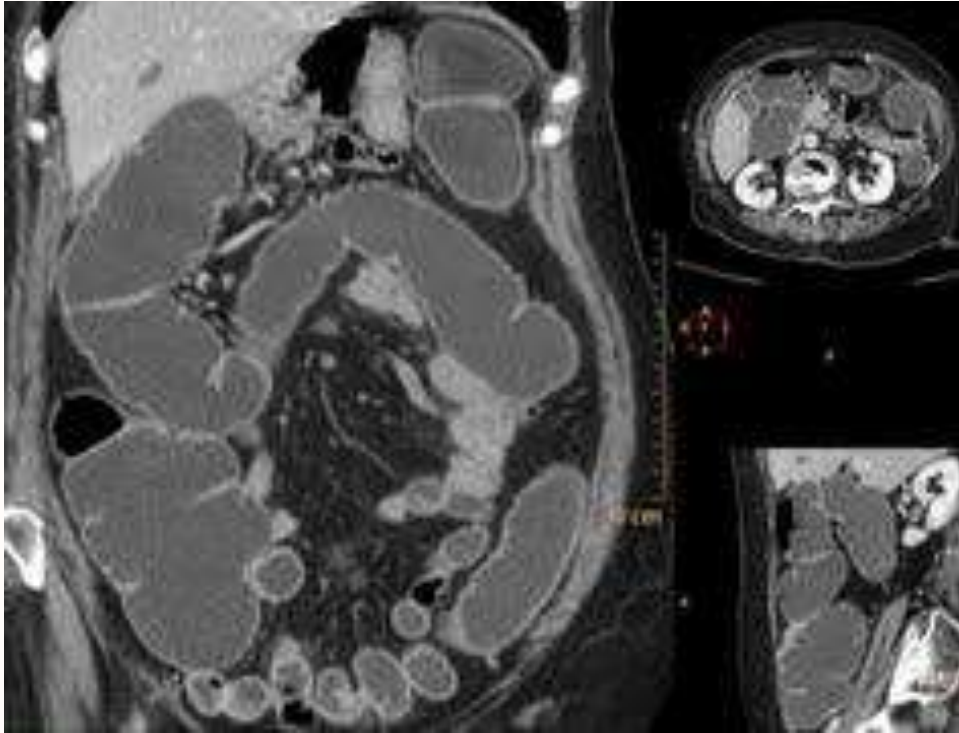


EXPLORER LE COLON

- **Examen de 2^e intention = Coloscanner**
 - Réalisation d'un scanner abdominal avec lavement à l'eau (durée 20 à 30 minutes)
 - Nécessite une préparation au préalable
 - Ne permet pas de gestes thérapeutiques
 - Examen difficile à interpréter avec risque de faux positifs / faux négatifs
 - Ne nécessite pas d'anesthésie générale
 - *Indications : Echec de coloscopie / Contre indication à l'anesthésie générale*



EXPLORER LE COLON





DEPISTAGE

- S'adresse à des patients asymptomatiques
- L'objectif est de dépister les lésions au stade pré-cancéreux (polype) ou a défaut, de dépister précocement les néoplasies
- Patients sont répartis en 3 catégories :
 - **Personnes à risque moyen** (risque 3-4 %)
 - Toute personne âgée de 50 à 74 ans en France qui ne rentre pas dans le cadre des 2 autres groupes
 - Dépistage de masse / organisé
 - **Personnes à risque élevé** (risque 10%)
 - Antécédent personnel de polype (adénome) ou d'adénocarcinome
 - Antécédent familial au 1^e degrés de polype ou adénocarcinome colique (père, mère, fratrie, enfants)
 - Maladies inflammatoires de l'intestin
 - Dépistage personnalisé
 - **Personnes à risque très élevée** (risque 40 à 100%)
 - Polypose familiale et Lynch
 - Dépistage personnalisé



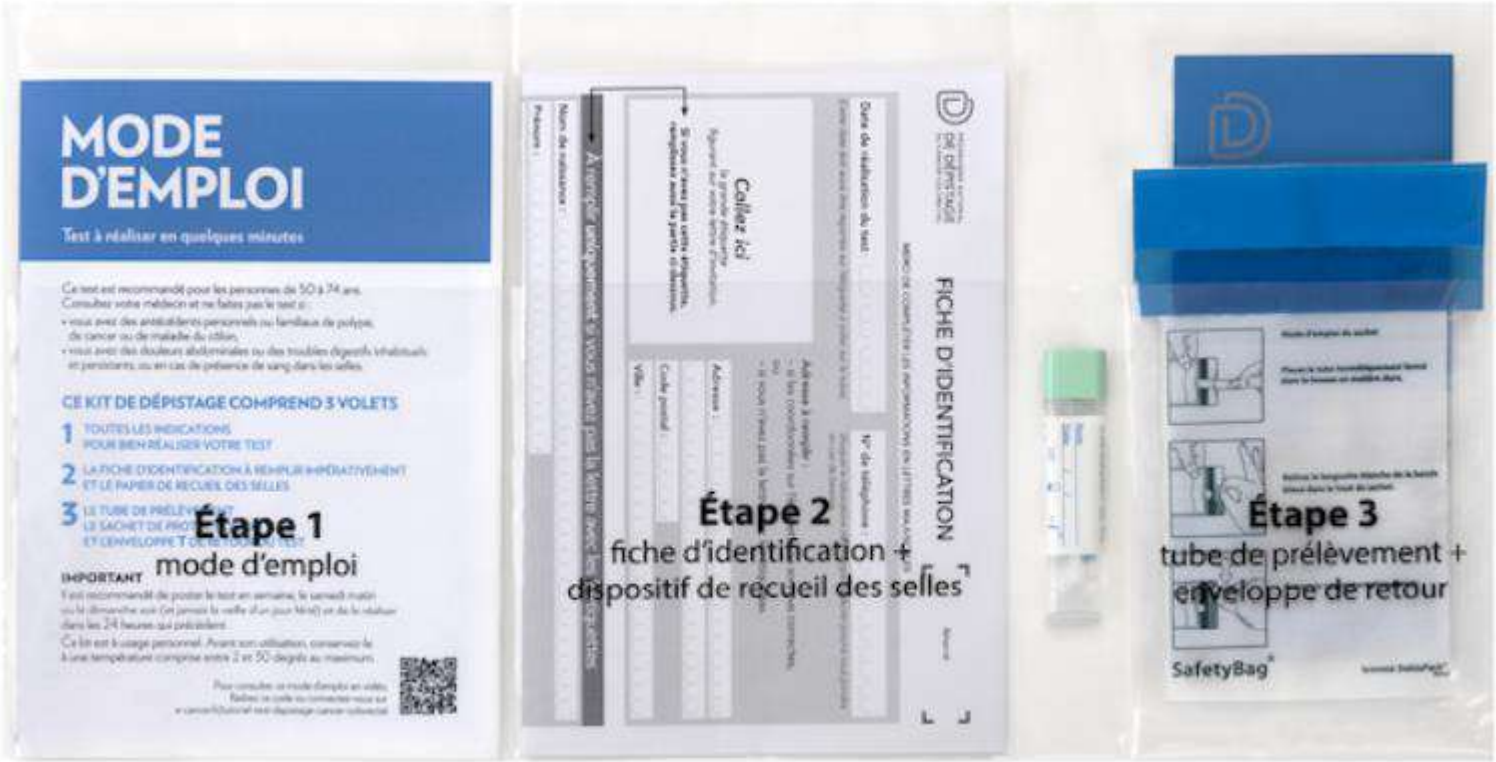
DEPISTAGE

- **Dépistage de masse = Test Immunologique Fécal (TIF)**

- Concerne la population à risque moyen de cancer colorectal = n'importe qui entre 50 et 74 ans qui n'est pas dans un dépistage personnel
- Gratuit, indolore et sans danger
- Recherche un saignement digestif occulte (= du sang en quantité microscopique)
- La question qu'on lui pose : « Faut il faire une coloscopie? »
- Si positif, on retrouve un polype ou un cancer dans environ 40% des cas
- A répéter tous les 2 ans



DEPISTAGE





DEPISTAGE

- **Dépistage personnalisé**
 - Concerne les patients avec des pathologies spécifiques citées précédemment
 - Coloscopies régulières directement
 - L'âge de début et le rythme dépend de la pathologie



DEPISTAGE

- **Et du coup, après 74 ans ?**
 - Pas de consensus = les pratiques varient d'un praticien a un autre
 - Dans tous les cas, il faut garder en tête que :
 - Pour les patients ayant eu des dépistages réguliers : réséquer un polype, c'est généralement éviter la survenue d'un cancer 10 ans plus tard
 - Chercher un cancer, ça veut dire qu'on peut en trouver un. Donc le patient doit être en suffisamment bon état général pour supporter les traitements (chirurgie, anesthésie générale, possible colostomie).



DEPISTAGE

- **Pratique personnelle :**

- Si pas de polype ou TIF négatifs de 50 à 75 ans : arrêt du dépistage
- Si présence de polypes régulièrement lors des coloscopies de dépistage, possibilité de poursuivre les examens jusqu'à 80 ou 85 ans chez les patients avec peu ou pas de comorbidité
- Si le patient n'a jamais fait de dépistage (coloscopie ou TIF) et qu'on se pose la question d'une éventuelle lésion colique (anémie ferriprive, AEG, trouble du transit) :
 - On n'est plus sur du dépistage mais du diagnostic
 - Pas d'indication à un TIF
 - Consultation de gastro pour discuter une coloscopie si état général / cognitif compatible avec un traitement sinon traitement symptomatique



CAS CLINIQUE N°1

Mr C. âgé de 92 ans, adressé en consultation pour anémie ferriprive sans extériorisation.

Peu d'antécédents personnels (DMLA).

A fait un dépistage par coloscopie tous les 5 ans jusqu'en 2007 en raison d'un cancer colique chez son fils ayant retrouvé plusieurs adénomes. Arrêté à 75 ans selon les préconisations HAS.

Réalisation d'une coloscopie retrouvant un adénocarcinome du colon droit.

Pas de lésion à distance sur la TDM TAP.

Chirurgie de colectomie droite sans complication au décours.

→ Cancer colique qui aurait pu être évité si on avait poursuivi un peu le dépistage



CAS CLINIQUE N°2

Mme R. âgé de 81 ans, adressée en consultation par son médecin traitant pour réaliser une coloscopie en raison de rectorragies avec Test Immunologique Fécal positif.

Aucun antécédent familial. N'a jamais fait de TIF avant.





CAS CLINIQUE N°2

A l'interrogatoire :

- Diagnostic récent d'une sclérose latérale amyotrophique d'évolution plutôt rapide (vit en fauteuil, ne sort plus de son domicile)
- Patiente sous oxygénothérapie longue durée au domicile

Consultation un peu compliquée car mari très demandeur de soins mais décision de ne réaliser aucune exploration dans le contexte.

Traitement symptomatique simple par perfusions de fer ayant permis de normaliser l'hémoglobinémie.

Patiente décédée quelques mois plus tard de sa SLA sans aucune complication digestive.

→ TIF réalisé hors contexte, inutile et source de stress psychologique pour la patiente et son mari



CAS CLINIQUE N°3

Mme A. âgé de 80 ans, ayant un dépistage par coloscopie tous les 5 ans.

Dernière coloscopie a 75 ans ayant retrouvé 2 adénomes en dysplasie de bas grade. Proposition d'une coloscopie a 5 ans dans le contexte.

Terrain vasculaire important (HTA, diabète, obésité, tabac). Dans les 5 dernières années a fait 2 IDM avec pose de 2 stents.

Pas de symptômes digestifs.

Réalisation de la coloscopie permettant le retrait d'un adénome en dysplasie de bas grade de 3 mm.

Malheureusement la patiente a fait un AVC massif et est décédée 6 mois après la coloscopie.

→ Coloscopie de dépistage inutile

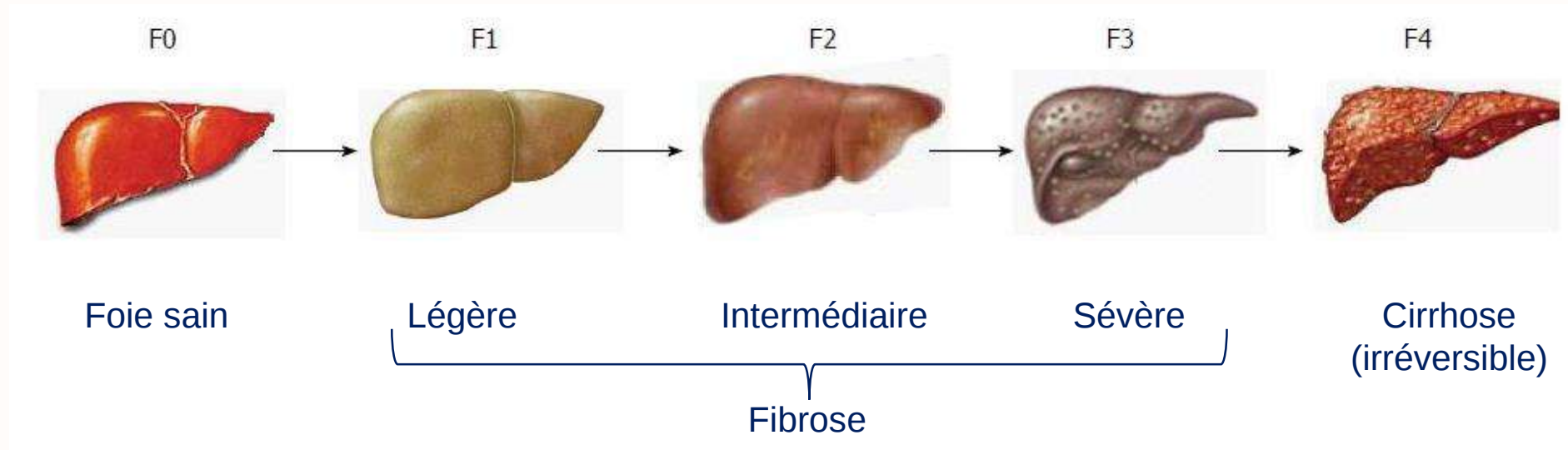


CANCER DU FOIE





CIRRHOSE



Principales causes en France :

- **Syndrome métabolique** (*obésité, diabète, dyslipidémie, hypertension*)
- **Alcool**
- Hépatites virales B et C
- Hémochromatose



CIRRHOSE

Principales complications de la cirrhose :

- Insuffisance hépatocellulaire
- Hypertension portale
- **Risque accru d'apparition d'un carcinome hépatocellulaire (1 à 6% par an selon étiologie)**



CIRRHOSE

Recommandations de l'AFEF pour le dépistage du CHC :

- Dépistage périodique du CHC recommandé en cas de cirrhose (CHILD PUGH A, B ou C en attente de transplantation) chez les patients sans comorbidité sévère menaçant leur survie a court terme
- Par échographie (ou IRM / TDM si défaut de l'écho)
- Tous les 6 mois



→ AUCUN CRITERE LIÉ A L'ÂGE !



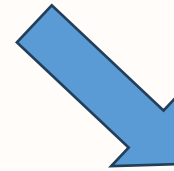
Carcinome Hépato Cellulaire

Prise en charge du CHC



Etat général du patient

- Performans status / OMS
- Scores gériatriques



Fonction hépatique

- Score de CHILD PUGH

	1 point	2 points	3 points
Ascite	Absente	Modérée	Tendue ou réfractaire aux diurétiques
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$)	< 35	35-50	> 50
Albumine (g/l)	> 35	28-35	< 28
INR	< 1,7	1,7-2,2	> 2,2
TP	> 50%	40-50%	< 40%
Encéphalopathie	Absente	Légère à modérée (stade 1-2)	Sévère (stade 3-4)



Carcinome Hépato Cellulaire

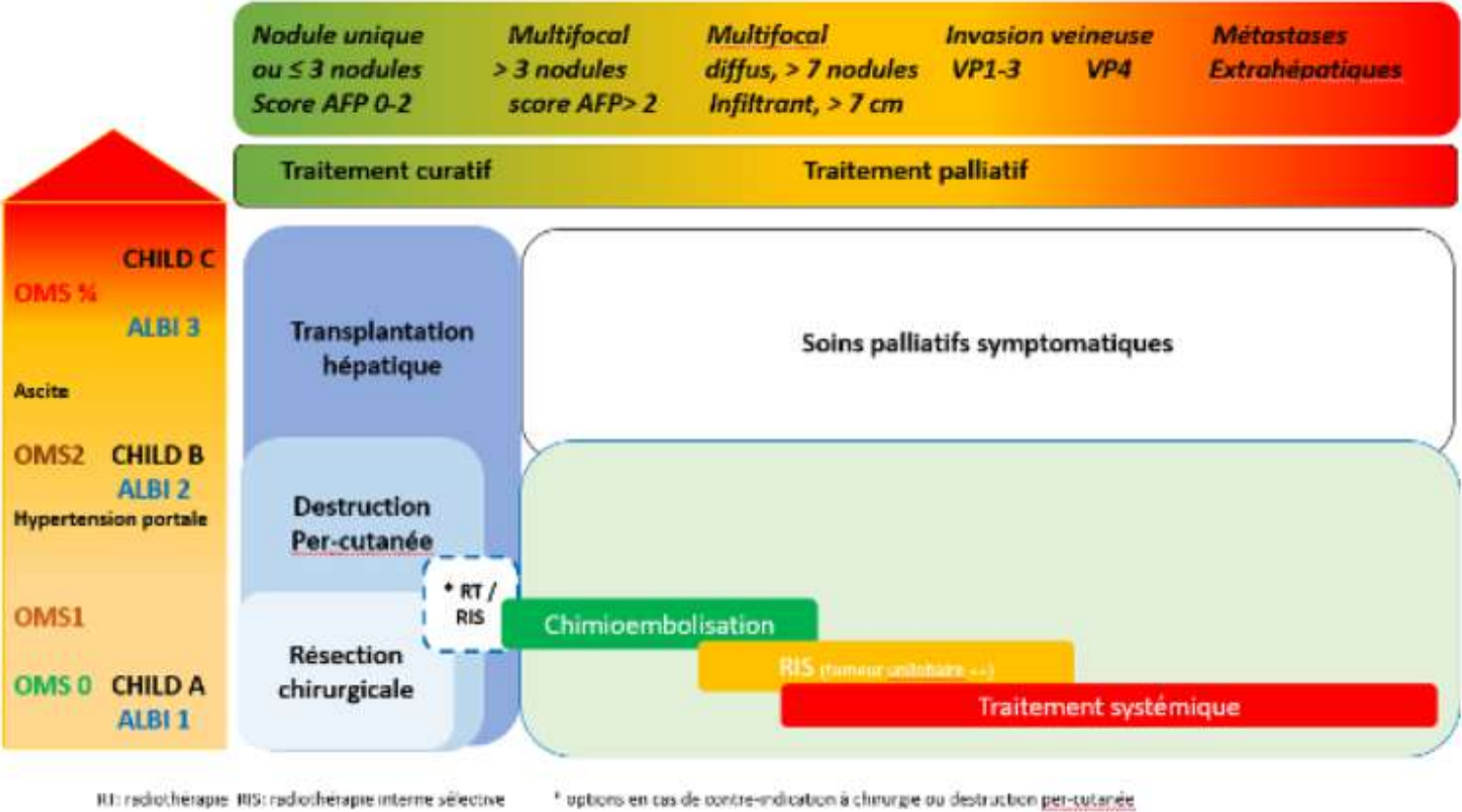


Diagramme d'aide à la décision thérapeutique

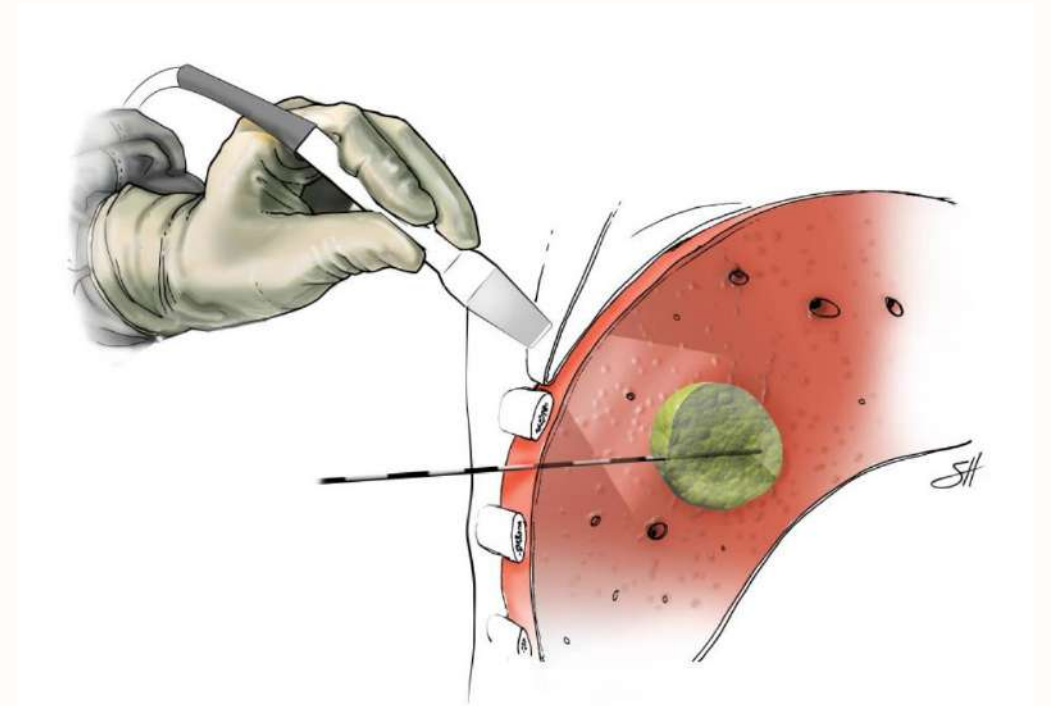
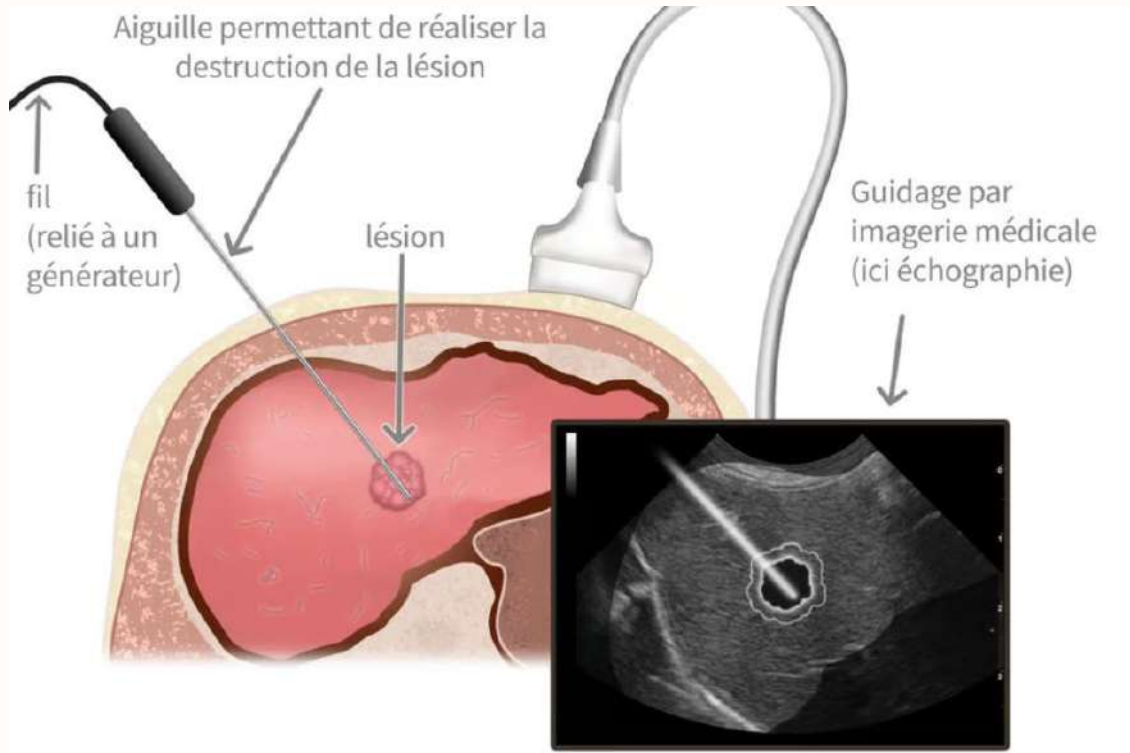


Thermoablation

- Technique mini-invasive percutanée (radiofréquence / microondes)
- Technique adaptée pour les CHC < 3 cm et généralement si < 3 nodules
- Peu de destruction du parenchyme hépatique donc adapté jusque des fonctions hépatiques moyennes (B7/B8)
- Sous anesthésie générale le plus souvent
- Complications rares : hématome, abcès, pneumothorax
- Possibles insuffisance de traitement mais répétable
- Parfois impossible pour des raisons techniques : ascite, proximité de certaines structures hépatiques (convergence biliaire) ou difficile d'accès (dôme hépatique)



Thermoablation





Traitements systémiques

- **Modification de la 1^e ligne en 2020 : ATEZOLIZUMAB (immunothérapie) + BEVACIZUMAB (anti VEGF)**
- **Apparition d'une alternative en 2023 : DURVALUMAB (immunothérapie) + TREMELIMUMAB (immunothérapie)**
- Peu d'effets indésirables en général
- Facilités d'administration : pas de nécessité de voie centrale, intercures longues (3 ou 4 semaines), pas de dispositif médical au domicile
- Molécules onéreuses



DEPISTAGE CHC

- Existence de traitements peu invasifs pour les petites tumeurs et de traitements systémiques palliatifs pas trop lourds
- Poursuite du dépistage jusqu'à des âges avancés
- Généralement l'arrêt du dépistage du CHC est plutôt en lien avec une dégradation de la fonction hépatique



CAS CLINIQUE N°1

Mr M. âgé de 83 ans, suivi de longue date pour une cirrhose d'origine dysmétabolique.

Antécédents de diabète de type 2 non insulinorequérant, hypertension artérielle, ancien obèse mais IMC actuel a 25.

Excellent état général (OMS 0) et cognitif. Fonction hépatique normale (CHILD A5)

Patient compliant et observant dans son suivi.

Diagnostic en juin 2020 d'une lésion suspecte du segment IV de 2 cm dont la biopsie retrouve un CHC.

Traitement par radiofréquence sans complication.



CAS CLINIQUE N°1

Récidive en Juin 2023 de 4 lésions (3 sur le foie droit et une sur le segment IV) toutes inférieures a 3 cm.

Traitement par ATEZOLIZUMAB – BEVACIZUMAB pendant 3 mois bien toléré.

Quadruple radiofréquence en octobre 2023 bien toléré.

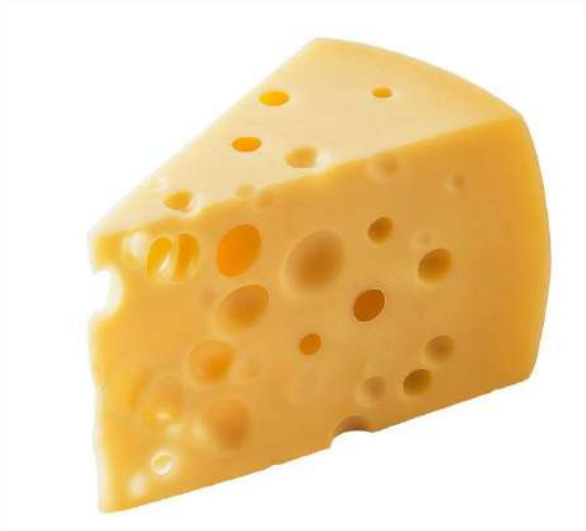




CAS CLINIQUE N°1

Devant l'état général et la fonction hépatique restant très bon, poursuite de la surveillance.
Récidive segment V et VI en janvier 2025 traité par 2 nouvelles thermoablations bien tolérées.
Toujours en surveillance actuellement (88 ans) et en excellent état général.

→ **Maladie contrôlée depuis plus de 5 ans**





CAS CLINIQUE N°2

Mme P. âgée de 72 ans, suivie de longue date pour une cirrhose d'origine mixte alcoolique et dysmétabolique fluctuant entre A6 et B7 (a cause de l'albumine).

Antécédents de diabète, HTA, insuffisance rénale chronique stade III-IV, cancer du sein en rémission et FA anticoagulée.

En 2024, apparition de troubles cognitifs avec bilan demandé par le médecin traitant concluant à des troubles cognitifs modérés d'allure vasculaire avec « Retentissement sur le quotidien minimisé par un fonctionnement de couple fusionnel avec le risque de minimiser les troubles » (GIR 4; IADL 3/8; mini GDS 0/4; MMS 17/27).

Tentative d'arrêter le dépistage par écho semestrielle dans le contexte en expliquant que j'aurais peu de solution a proposer en cas de cancer du foie.

→ Refus catégorique du mari donc poursuite de la surveillance



CAS CLINIQUE N°2

En février 2025, dépistage d'un CHC de 40 mm a la jonction des segments VIII et IV.

Discussion en RCP régionale des maladies hépatiques :

- Evaluation oncogériatrique
- Radioembolisation si évaluation oncogériatrique favorable

Évaluation oncogériatrique :

- Pas de contre-indication formelle à la prise en charge par radio embolisation proposée.
- Plusieurs fragilités qui ne semblent pas ce jour impacter la prise en charge proposée



CAS CLINIQUE N°2

Décision de faire un traitement systémique léger par ATEZOLIZUMAB seul en 1^e intention.

Très mauvaise tolérance de la première cure avec :

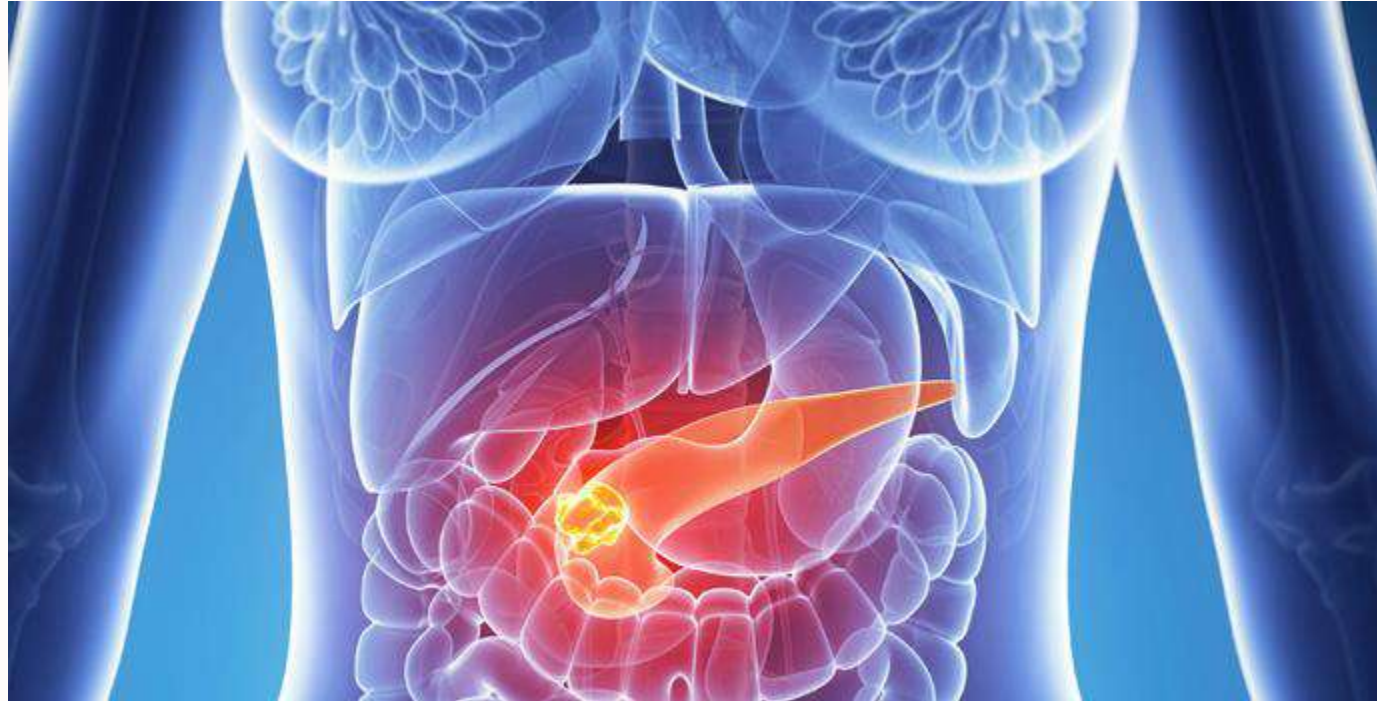
- Décompensation de la cirrhose au bout d'une semaine (ascite, encéphalopathie hépatique, ictère)
- Majoration des troubles du comportement a cause de l'encéphalopathie hépatique avec chute (fracture clavicule)

→ Hospitalisation pendant 6 semaines dans le service de gastro dans le contexte puis retour à domicile pour une prise en charge palliative en HAD. Décès dans ce contexte 2 semaines après.

→ Dépistage non pertinent car les traitements (même précoce) n'ont apporté que de la morbidité



CANCER DU PANCREAS

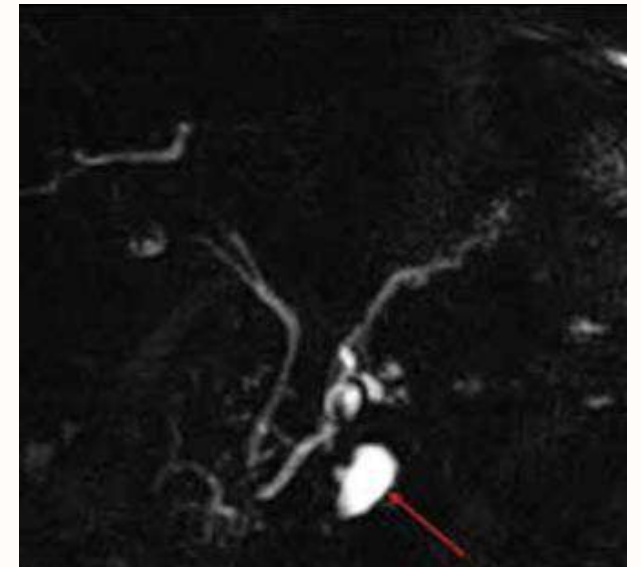
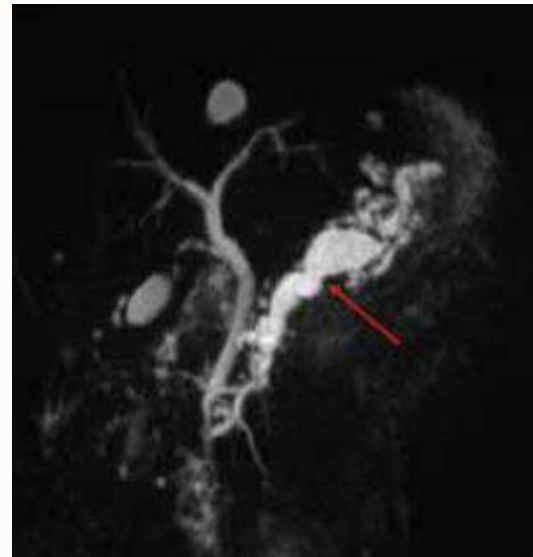




TIPMP

Tumeurs Intracanalaires Papillaires Mucineuses du Pancréas

- Lésions bénignes
- Asymptomatiques (*parfois quelques pancréatites aiguës si canal principal*)
- Découverte fortuite sur TDM abdo le plus souvent
- Possibilité de dégénérescence en adénocarcinome
- « Grain de beauté du pancréas »



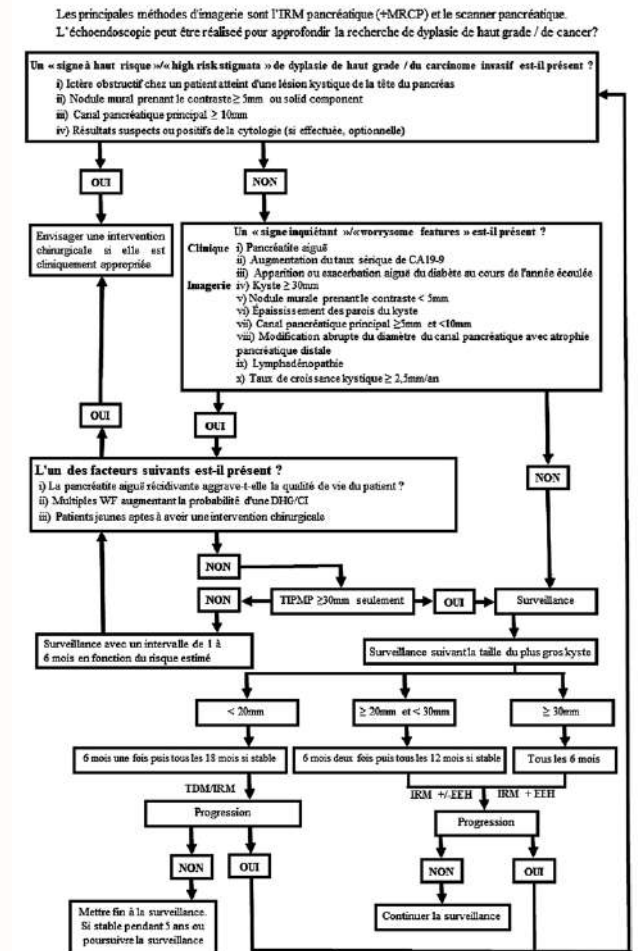


TIPMP

Indication théorique a une surveillance annuelle ou semestrielle en fonction des caractéristiques du patient, la morphologie de la lésion, son évolutivité etc ...

Pas d'âge limite pour arrêter le dépistage dans les recommandations de la SNFGE

Société Nationale Française
de Gastro-Entérologie





TIPMP

Le dépistage permet de proposer un **traitement curatif chirurgical précoce** dès les premiers signes de dégénérescence de la TIPMP.

Pas de traitement local simple pour détruire les TIPMP.



TIPMP

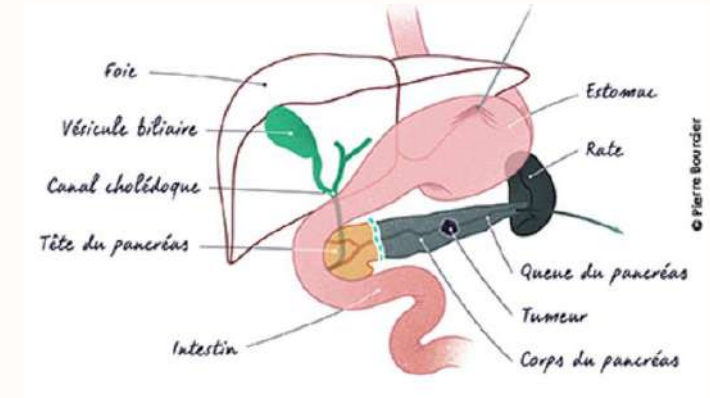
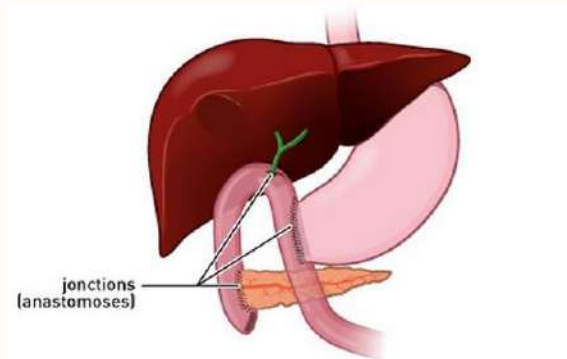
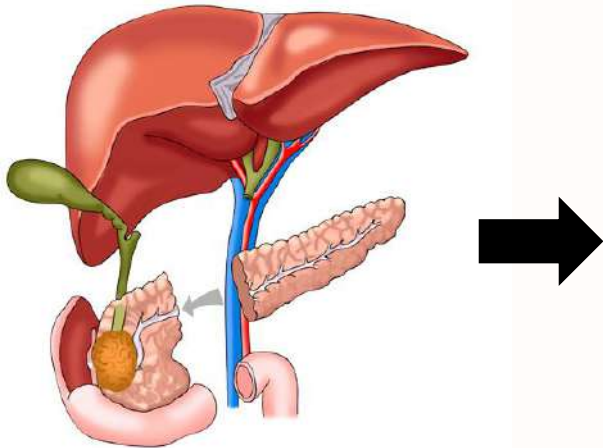
Chirurgies pancréatiques = **chirurgies globalement lourdes**



Duodénopancréatectomie céphalique (DPC)



Spléno-pancréatectomie gauche (SPG)





CAS CLINIQUE N°1

Mme V. âgé de 80 ans avec un état général (OMS 0) et cognitif parfait.

Aucun antécédent médical notable.

Douleurs abdominales peu intenses mais responsable de beaucoup de plaintes par la patiente motivant un bilan complet (TDM abdo, coloscopie, FOGD).

Diagnostic de colopathie fonctionnelle retenue pour les douleurs.

En revanche, diagnostic fortuit d'une TIPMP du corps pancréatique de 9 mm du canal principal avec dilatation du Wirsung.

Au vu de l'excellent état général de la patiente, décision de mettre en place une surveillance annuelle.



CAS CLINIQUE N°1

Sur l'IRM de 2023, discrète majoration en taille de la TIPMP (13 mm) avec majoration de la dilatation du Wirsung.

Echoendoscopie complémentaire réalisée dans le contexte : « TIPMP mixte corporéo-isthmique avec dilatation du canal pancréatique principal estimé à 14,5 mm. Plusieurs plugs de mucus et une prise de contraste au SONOVUE d'une portion de paroi et de nodule échogène évocateur d'un nodule tissulaire au sein du canal pancréatique principale ».

→ Présence de 1 FdR élevé de dégénérescence et 1 Fdr relatif de dégénérescence selon les recommandations européennes, faisant poser une indication chirurgicale.



CAS CLINIQUE N°1

Opération difficile à faire accepter à la patiente car « se sentait très bien ».

Finalement opérée d'une pancréatectomie corporéo-caudale avec suites simples.

Anapath : TIPMP de 2 cm avec adénocarcinome canalaire infiltrant classé T1

→ Patiente toujours en rémission en juin 2025 (*malheureusement apparition de troubles cognitifs motivant un arrêt de la surveillance*)

→ **Dépistage pertinent dans le contexte car a permis de traiter précocement une néoplasie pancréatique**



CAS CLINIQUE N°2

Mme C. âgé de 72 ans avec un état général moyen (OMS 1-2) en lien avec de lourds antécédents vasculaires (cardiopathie ischémique, AOMI pluri revascularisée etc...)

Etat cognitif correct. Autonome au domicile.

Découverte d'une TIPMP du canal principal sur une TDM de surveillance d'un anévrysme de l'aorte abdominal.

Refus initial de mettre en place d'une surveillance dans le contexte mais demande insistante de la patiente et de sa famille.

Mise en place d'une surveillance annuelle dans le contexte.



CAS CLINIQUE N°2

En 2024 (soit à 78 ans), apparition sur l'IRM d'une dilatation du canal pancréatique et prise de contraste suspecte de dégénérescence de la TIPMP.

Réalisation d'une écho endoscopie complémentaire confirmant cet aspect.

Cytoponction : Présence de cellules adénocarcinomateuses.

Patiente récusée a une prise en charge chirurgicale.

Réalisation d'une chimiothérapie palliative de 1^e ligne par GEMCITABINE a dose adaptée (50%).

Mauvaise tolérance compliquée d'une chute au bout de 2 cures avec fracture fémorale.

→ **Possible décès précoce a cause du dépistage** (*vs si on avait attendu que le cancer soit symptomatique*)



CONCLUSION

- Difficile de proposer des prises en charge standardisées pour les patients âgés
- Certains patients bénéficient clairement d'un dépistage après 75 ans
- Mais une indication de dépistage mal posée peut être responsable de morbidité liée au traitement voire entraîner des décès plus précoces que simplement attendre, peut entraîner de la souffrance psychologique / stress et entraîne un coût financier et en place de consultations/examens
- Nécessité de bien comprendre les outils de dépistage et leur objectif
- Nécessité d'une bonne communication entre médecin traitant, médecin spécialiste d'organe et gériatres
- **Ne pas chercher des problèmes qu'on ne peut pas résoudre**

