

Facteurs de risques et dépistage du cancer gastrique

D. Lamarque

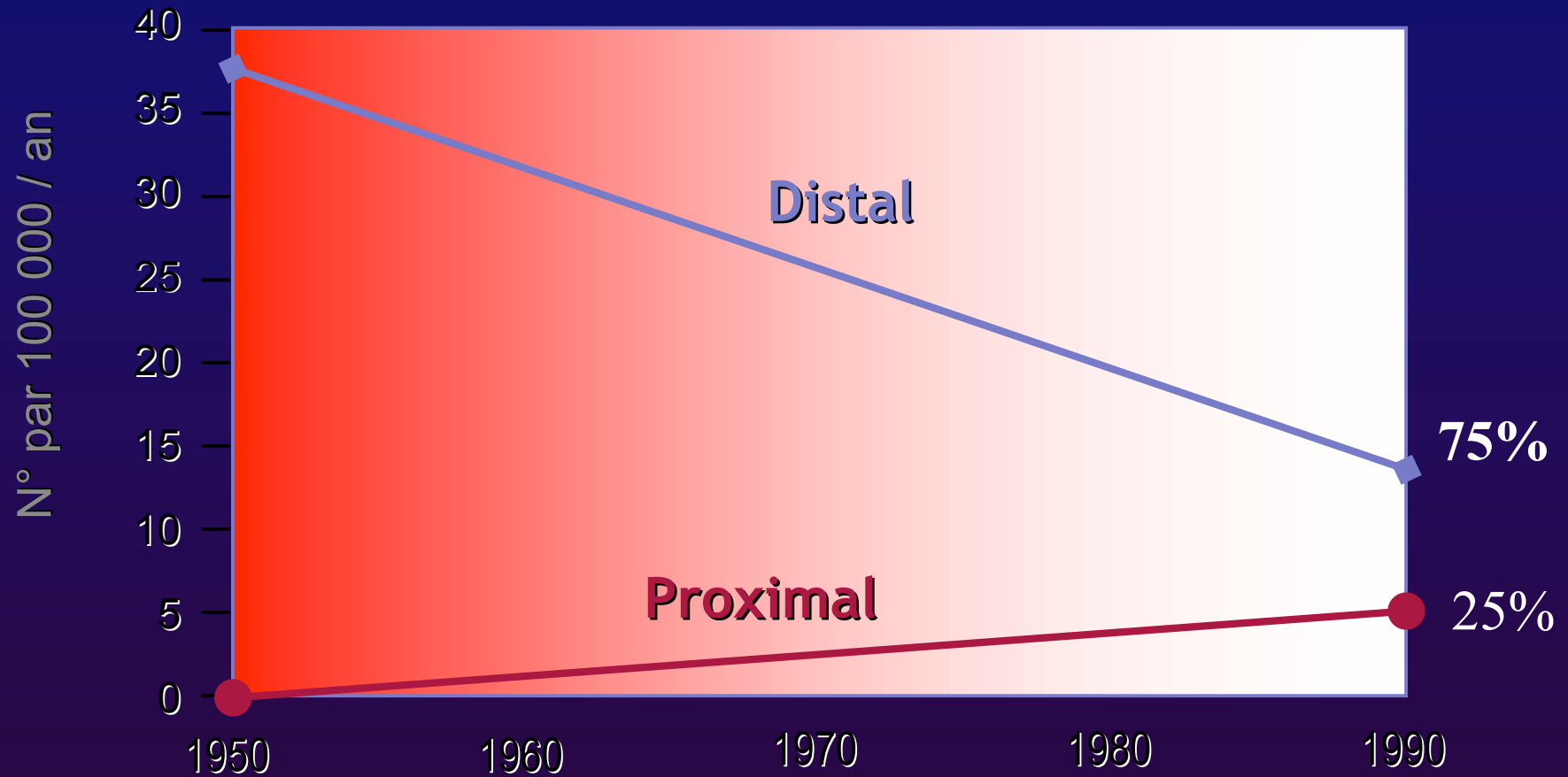
Cancer gastrique : Un problème de Santé publique

- **2ème cancer digestif en France**
- **Environ 7000 nouveaux cas de cancers par an**
- **3,4 % des décès par cancer**

Le taux de survie

- **Survie brute à 10 ans est de 8,7%.**
- **Survie à 5 ans des cancers de stade précoce Stade I est de 80%.**
 - **stade au diagnostic : facteur pronostique essentiel**
 - **risque de décès par cancer 40 fois plus élevé dans les stades IIIB et IV que dans le stade I**
- **Intérêt d'un diagnostic précoce**

Incidence du cancer gastrique " proximal "(cardia) et "distal" de 1950 à 1990



d'après Kuipers EJ. Aliment Pharmacol Ther 1999; 13 (suppl 1), 3

Adénocarcinome gastrique proximal (cardia)

- **Facteur de risque**
 - **Obésité?**
 - **RGO**
 - **Consommation de graisse**
 - **Tabac**
- **Facteurs protectifs**
 - **fibres**
 - **vitamine C**
 - **carotène**
 - **folates**

Cancers gastriques distaux sporadiques

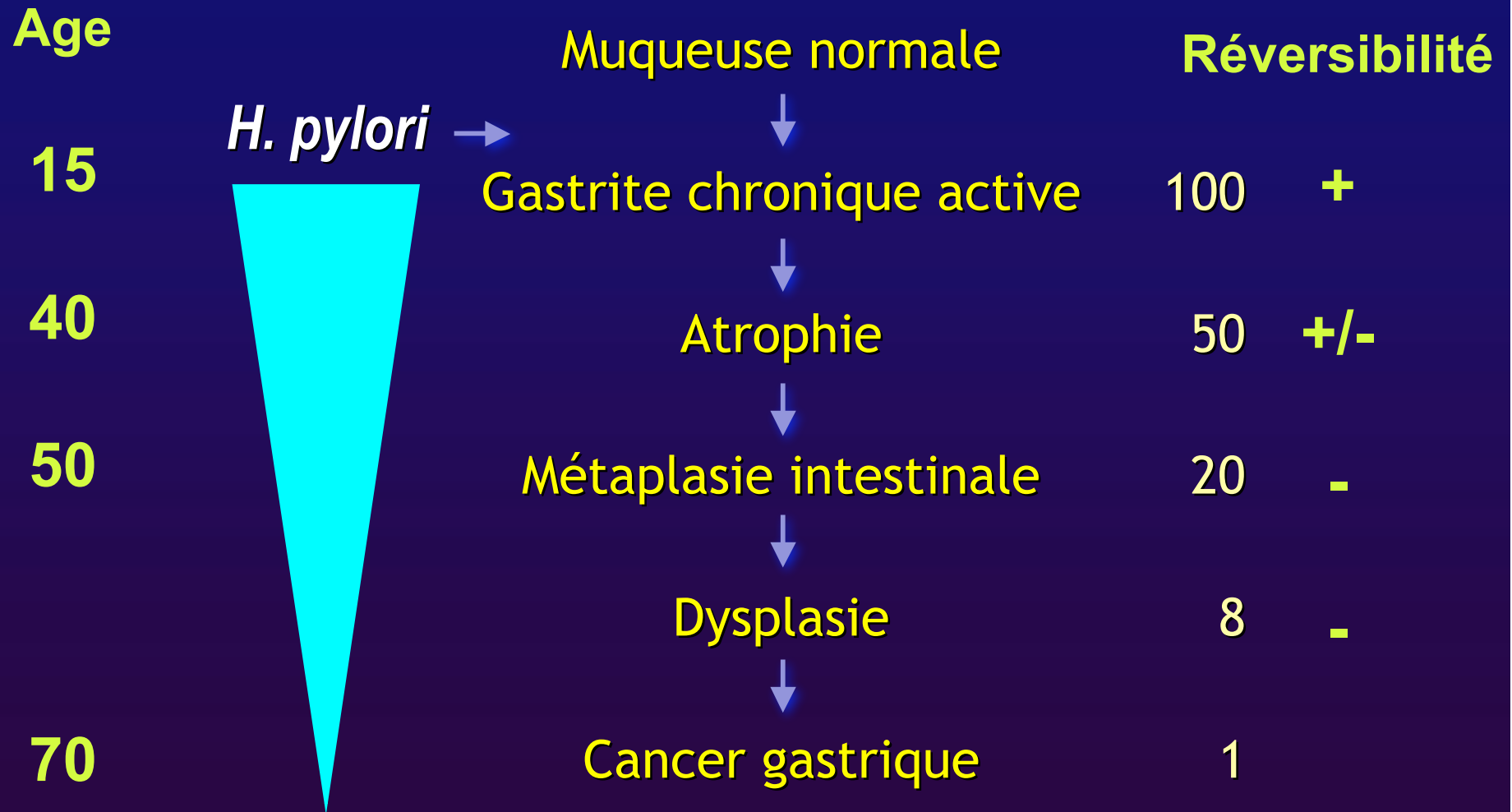
- **Adénocarcinome de type intestinal**
 - 85% des cancers distaux
- **Adénocarcinome diffus sporadiques**
 - 10% des cancers gastriques

Adénocarcinome de type intestinal

- **Sexe ratio: homme X 2/femme**
- **Age médian:**
 - **70 ans**



Cascade des anomalies histologiques gastriques conduisant au cancer



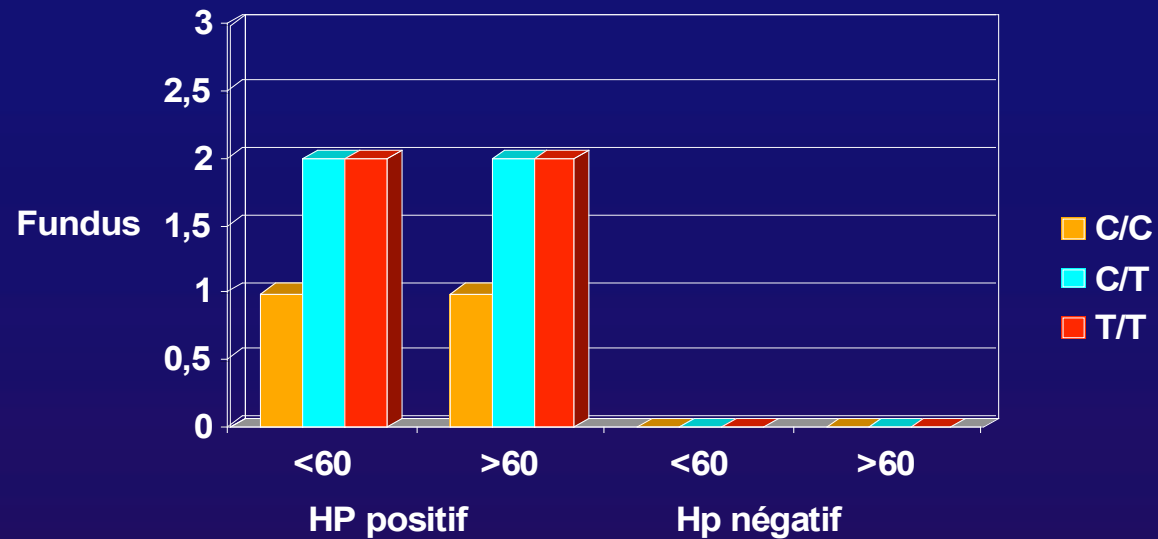
Développement de cancer gastrique chez les malades *H. pylori* positifs selon les anomalies

Anomalies à l'entrée de l'étude	<i>H. pylori</i> positifs (n=1246) n°	<i>H. pylori</i> positifs avec cancer (n=36) (%)	Risque relatif
Degré d'atrophie			
- absente ou légère	381	(0,8)	1,0
- modéré	657	(2,7)	1,7
- sévère	208	(7,2)	4,9
Distribution de la gastrite			
- prédominance dans l'antrum	699	(0,3)	1,0
- pangastrique	337	(4,2)	15,6
- prédominance dans le corps	210	(9,5)	34,5
Métaplasie intestinale			
- absente	782	(0,8)	1,0
- présente	464	(6,5)	6,4

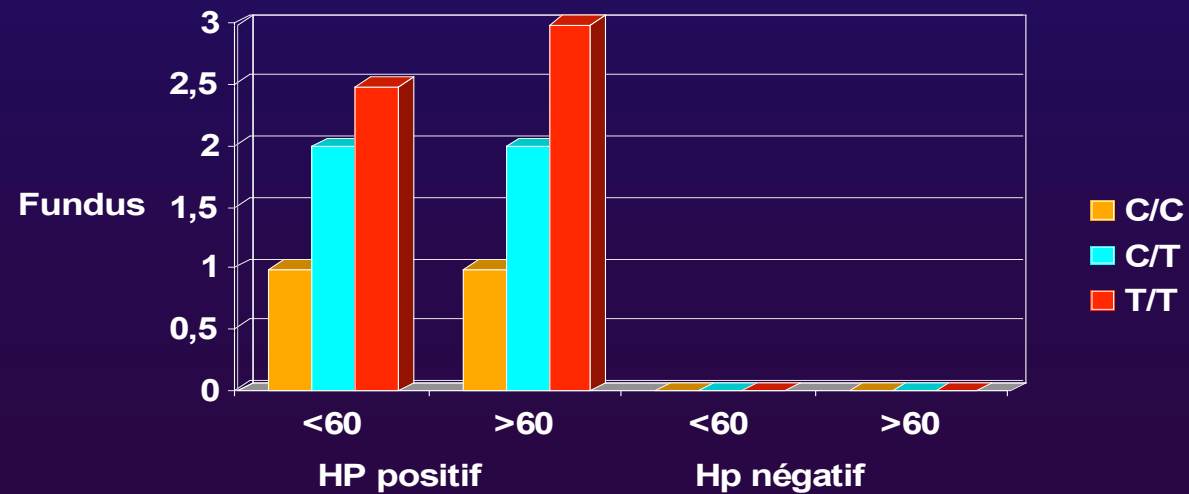
d'après Uemura et al. N Engl J Med 2001;345:784-9

Genotype IL-1, inflammation et atrophie fundique

Inflammation



Atrophie



Facteurs de risque de la métaplasie intestinale

- Etude multicentrique française
 - 203 patients
- Métaplasie intestinale fundique associée à deux facteurs indépendants
 - age (odds ratio 1,04 ; extrêmes 1,01-1,09 ; $P < 0,05$)
 - Pas de métaplasie intestinale avant 45 ans
 - le génotype IL1RA: +2018 C→T (odds ratio 4,90 ; extrêmes 1,31-18,52 ; $P < 0,02$)

Dépistage de la métaplasie intestinale

- Faire des biopsies antrales et fundiques systématiques pendant les endoscopies, surtout après 45 ans.

Cancers gastriques distaux sporadiques

Adénocarcinome diffus sporadiques

- 10% des cancers gastriques
- Sexe ratio =1
- Age < 40 ans
- Antécédents familiaux de cancer (10%)

Cascade des anomalies histologiques gastriques conduisant au cancer diffus

Age

15

H. pylori



40

Muqueuse normale



Gastrite chronique active



Dysplasie



Cancer gastrique

Cancers gastriques familiaux (3%)


- **HNPCC (risque cumulé de 20% à 70 ans)**
- **Les cancers gastriques de type diffus héréditaires**
 - **mutation germinale du gène CDH1 chez 48% de sujets atteints**
 - **la « pénétrance » du gène à 60 ans serait d'environ 70 %.**
 - **consultation d'oncogénétique souhaitable pour les malades sans antécédent porteurs d'un cancer gastrique de type diffus découvert avant l'âge de 40 ans**
 - Roukos DH, Ann Surg Oncol 2002;9:607-9.
 - Brooks-Wilson AR, J Med Genet 2004;41:508-17.
 - Suriano G. Clin Cancer Res 2005;11:5401-9.

Conclusion

- Le dépistage du cancer gastrique est justifié par sa fréquence, son mauvais pronostic
- Facteurs prédisposant
 - Antécédents familiaux au 1° degré
 - Infection par *H. pylori*
- Lésions prénéoplasiques
 - Métaplasie intestinale fundique: risque de 5% de cancer
 - Atrophie muqueuse antrale et fundique

Circonstances du dépistage

 **Antécédent familial au premier degré d'adénocarcinome diffus avant 40 ans: consultation oncogénétique?**

 **Antécédent familial d'adénocarcinome**
Avant 45 ans: test respiratoire \Rightarrow si+ éradiquer H. pylori
Après 45 ans: endoscopie avec biopsies antrales et fundiques

 **Systematique chez tout patient ayant une endoscopie haute: pratiquer biopsies antrales et fundiques.**

 **Éradiquer H. pylori si atrophie antrale et fundique**

 **Surveillance endoscopique patients avec métaplasie intestinale fundique: tous les deux ans?**