Hôpitaux Universitaires Genève

Quelles investigations effectuer en cas de suspicion de cancer?

Marie-Laure Amram

Mars 2023

Cité générations

CENTRE DU SEIN DE GENÈVE

HIRSLANDEN CLINIQUE DES GRANGETTES

Conflicts d’intérêt

Aucun pour cette présentation

Les chiffres du cancer en Suisse

45000 nouveaux cas de cancer par année

- Femmes: 20500
- Hommes: 24500

17300 décès par année

- Femmes: 7800
- Hommes: 9500

Deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires

www.ocnec.ch

Préambule: le cancer en Suisse

- Le nombre de cas qui augmente n'est pas nécessairement le reflet d'une augmentation du risque de cancer
  - La hausse du nombre de cas est due principalement à l'évolution démographique, et plus précisément à la forte progression du nombre de personnes âgées
- Les taux d'incidence évoluent différemment selon le type de cancer
- **La mortalité diminue** pour la majorité des cancers, toutefois avec 17 050 décès en moyenne chaque année le cancer reste la **2e cause de décès**
- Les chances de survie sont bonnes pour de nombreux cancers, et le nombre de personnes encore en vie après un diagnostic de cancer a augmenté

Office fédérale de la statistique, Rapport 2021

Perte de poids inexpliquée

- *BMJ2020;370:m2651*

Prioritising primary care patients with unexpected weight loss for cancer investigation: diagnostic accuracy study

Brian D Nicholson,[1] Paul Aveyard,[1] Sarah J Price,[2] FD Richard Hobbs,[1] Constantinos Koshiaris,[1] Willie Hamilton[2]

25 studies, 63 973 adults (≥18 years) with a code for unexpected WL from 1 January 2000 to 31 December 2012.

.

Introduction

- Perte de poids inexpliquée : environ 1.5% des consultations adultes en médecine de premier recours
- Probabilité d'un diagnostic oncologique augmente dans les 3-6 mois qui suivent la 1ère consultation par rapport à des patients sans perte de poids inexpliquée
- Femmes avec perte de poids inexpliqué ont 2x plus de risque d'avoir un diagnostic de cancer dans les 3 mois
- Cancers de stade précoce et cancer avancés associés à ce symptôme
- 40% des patients avec diagnostic de cancer rapportent ce symptôme

Nicholson et al, Br J Cancer 2020

Nicholson et al, BMC Med 2019;17:222.

ASCO Weight loss.

Facteurs de risque

Seuil justifiant des investigations définit par les auteurs

- Risque de cancer en cas de perte de poids inexpliquée seule est relativement faible
- Hommes fumeurs, âgés de >50 ans ou tout autre patient avec autre(s) symptôme(s)/signe(s) clinique(s) : risque de cancer dépasse le seuil et justifie des investigations

Nicholson et al, BMJ2020;370:m2651

Perte de poids et cancer

N’est pas constante en cas de cancer

Différentes causes: cancer lui-même, stress émotionnel, effets secondaires des traitements,…

Cancers les plus fréquemment associés à une perte de poids:

- Foie et Voies biliaires
- Colo-rectal
- Poumon
- Myélome
- Lymphome non –hodgkinien
- Ovaire
- Pancréas
- Prostate
- Rein
- Sein

Nicholson B et al, . Br J Gen Pract. 2018;68(670)

Symptômes B

- fièvre sans cause apparente
- sudations nocturnes
- perte de poids inexpliquée correspondant à au moins 10 % du poids corporel sur une période de 6 mois

Diagnostic différentiel

Symptôme aspécifique

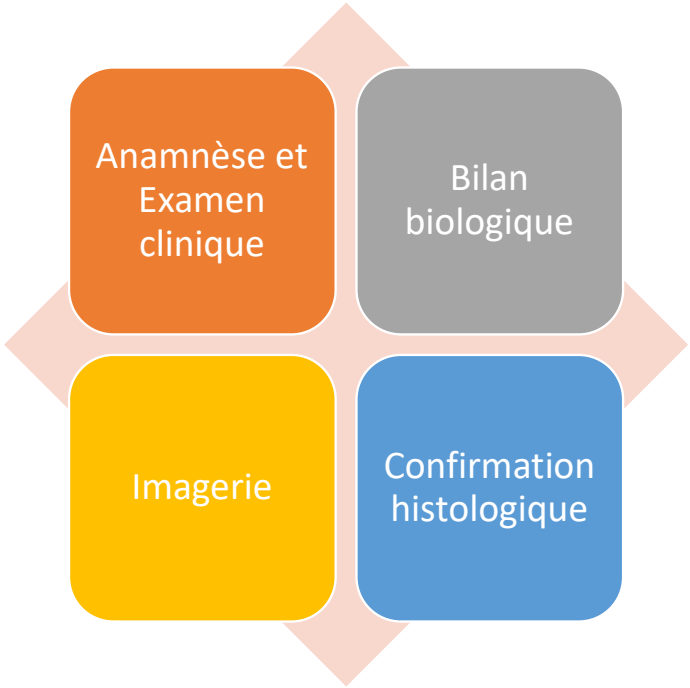
Autres pathologies à évoquer:

insuffisance cardiaque, BPCO, insuffisance rénale , insuffisance pancréatique, malabsorption, pathologies endocriniennes,….

Pas de guidelines cliniques standardisés

De «rien à tout» …selon l'angoisse du médecin et du patient…

Différents examens diagnostics



Anamnèse et examen clinique

- Paramètres cliniques et para-cliniques
  - En analyse multivariée: les facteurs qui sont associés de façon positive avec un diagnostic de cancer chez des patients avec perte de poids inexpliquée sont:
    - anamnestiques: douleur abdominale, perte d'appétit, douleurs thoraciques ,..
    - cliniques: masse abdominale, ictère, lymphadénopathie,…
    - Biologiques: anemie liée à une carence en fer,..

Nicholson B et al, . Br J Gen Pract. 2018;68(670)

41,8 % d'hommes

58,2% de femmes

Table 3 | Predictive values for cancer over six months by clinical features and blood tests in adults aged 18 years or older attending primary care with unexpected weight loss

Clinical features	True positive	False positive	False negative	True negative	PLR (95% CI)	NLR (95% CI)	DOR (95% CI)
Men							
Symptoms:							
Abdominal pain	61	1336	487	24 874	2.18 (1.71 to 2.78)	0.94 (0.91 to 0.96)	2.33 (1.78 to 3.06)
Appetite loss	38	615	510	25 595	2.96 (2.15 to 4.06)	0.95 (0.93 to 0.98)	3.10 (2.21 to 4.35)
Dysphagia	21	290	527	25 920	3.46 (2.24 to 5.35)	0.97 (0.96 to 0.99)	3.56 (2.28 to 5.57)
Haemoptysis	9	101	539	26 109	4.26 (2.17 to 8.38)	0.99 (0.98 to 1.00)	4.32 (2.20 to 8.47)
Non-cardiac chest pain	32	823	516	25 387	1.86 (1.32 to 2.62)	0.97 (0.95 to 0.99)	1.91 (1.33 to 2.75)
Signs:							
Abdominal mass	13	102	535	26 108	6.10 (3.44 to 10.79)	0.98 (0.97 to 0.99)	6.22 (3.50 to 11.1)
Chest signs	6	53	542	26 157	5.41 (2.34 to 12.5)	0.99 (0.98 to 1.00)	5.46 (2.39 to 12.5)
Iron deficiency anaemia	22	212	526	25 998	4.96 (3.23 to 7.64)	0.97 (0.95 to 0.98)	5.13 (3.29 to 8.00)
Jaundice	7	59	541	26 151	5.67 (2.60 to 12.4)	0.99 (0.98 to 1.00)	5.74 (2.66 to 12.4)
Lymphadenopathy	4	73	544	26 137	2.62 (0.96 to 7.14)	1.00 (0.99 to 1.00)	2.63 (1.00 to 6.96)
Women							
Symptoms:							
Abdominal pain	52	2313	308	34 542	2.30 (1.78 to 2.97)	0.91 (0.87 to 0.95)	2.52 (1.88 to 3.39)
Appetite loss	23	916	337	35 939	2.57 (1.72 to 3.84)	0.96 (0.93 to 0.99)	2.68 (1.75 to 4.09)
Back pain	30	1895	330	34 960	1.62 (1.15 to 2.29)	0.97 (0.94 to 1.00)	1.68 (1.15 to 2.44)
Change in bowel habit	12	347	348	36 508	3.54 (2.01 to 6.24)	0.98 (0.96 to 0.99)	3.63 (2.04 to 6.46)
Dyspepsia	25	1004	335	35 851	2.55 (1.74 to 3.74)	0.96 (0.93 to 0.98)	2.66 (1.77 to 4.01)
Signs:							
Abdominal mass	6	112	354	36 743	5.48 (2.43 to 12.4)	0.99 (0.97 to 1.00)	5.56 (2.48 to 12.5)
Chest signs	3	26	357	36 829	11.8 (3.59 to 38.9)	0.99 (0.98 to 1.00)	11.9 (3.82 to 37.2)
Iron deficiency anaemia	19	526	341	36 329	3.70 (2.37 to 5.78)	0.96 (0.94 to 0.98)	3.85 (2.42 to 6.13)
Jaundice	10	49	350	36 806	20.9 (10.7 to 40.9)	0.97 (0.96 to 0.99)	21.5 (10.9 to 42.2)
Lymphadenopathy	3	129	357	36 726	2.38 (0.76 to 7.44)	1.00 (0.99 to 1.00)	2.39 (0.80 to 7.15)
Venous thromboembolism	7	112	353	36 743	6.40 (3.00 to 13.6)	0.98 (0.97 to 1.00)	6.51 (3.06 to 13.8)
Men and women							
Liver function tests:							
Low albumin	202	2665	463	38 292	4.67 (4.14 to 5.27)	0.74 (0.71 to 0.78)	6.27 (5.29 to 7.43)
Raised alkaline phosphatase	271	6753	372	33 882	2.54 (2.31 to 2.78)	0.69 (0.65 to 0.74)	3.66 (3.12 to 4.28)
Raised bilirubin	47	2028	598	39 222	1.48 (1.12 to 1.96)	0.98 (0.95 to 1.00)	1.52 (1.13 to 2.05)
Full blood count:							
Low haemoglobin	341	7099	374	38 315	3.05 (2.82 to 3.30)	0.62 (0.58 to 0.67)	4.92 (4.24 to 5.71)
Raised total white cell count	179	3066	505	40 964	3.76 (3.30 to 4.28)	0.79 (0.76 to 0.83)	4.74 (3.98 to 5.64)
Raised platelets	127	1776	570	42 766	4.57 (3.88 to 5.38)	0.85 (0.82 to 0.88)	5.37 (4.40 to 6.54)
Inflammatory markers:							
Raised C reactive protein	194	2891	76	11 542	3.59 (3.31 to 3.89)	0.35 (0.29 to 0.43)	10.2 (7.80 to 13.3)
Raised erythrocyte sedimentation rate	274	6511	116	16 030	2.43 (2.27 to 2.60)	0.42 (0.36 to 0.49)	5.80 (4.67 to 7.24)
Biochemistry:							
Raised calcium	31	398	351	19 432	4.28 (3.05 to 6.02)	0.93 (0.90 to 0.96)	4.59 (3.18 to 6.64)
Raised creatinine	254	12 971	445	31 001	1.23 (1.12 to 1.36)	0.90 (0.85 to 0.96)	1.36 (1.17 to 1.59)

PLR=positive likelihood ratio; NLR=negative likelihood ratio; DOR=diagnostic odds ratio.

N: 63973 patients avec perte de poids inexpliquée

Dysphagie , haemoptysie et douleur thoracique non cardiaque: associé avec cancer seulement chez les hommes avec perte de poids inexpliquée

Douleur vertébrale, alteration du transit, dyspepsia : associé avec cancer seulement chez les femmes avec perte de poids inexpliquée

BMJ2020;370:m2651

Examen clinique

- Etape indispensable avec examen spécifique et examen général
- Signes cliniques positifs associés à un risque de cancer en cas de perte de poids inexpliquée:
  - Masse abdominale
  - Pâleur
  - Ictère
  - Lymphadénopathies
  - Thrombo-embolie

Nicholson B et al, . Br J Gen Pract. 2018;68(670)

41,8 % d'hommes

58,2% de femmes

Table 3 | Predictive values for cancer over six months by clinical features and blood tests in adults aged 18 years or older attending primary care with unexpected weight loss

Clinical features	True positive	False positive	False negative	True negative	PLR (95% CI)	NLR (95% CI)	DOR (95% CI)
Men							
Symptoms:							
Abdominal pain	61	1336	487	24 874	2.18 (1.71 to 2.78)	0.94 (0.91 to 0.96)	2.33 (1.78 to 3.06)
Appetite loss	38	615	510	25 595	2.96 (2.15 to 4.06)	0.95 (0.93 to 0.98)	3.10 (2.21 to 4.35)
Dysphagia	21	290	527	25 920	3.46 (2.24 to 5.35)	0.97 (0.96 to 0.99)	3.56 (2.28 to 5.57)
Haemoptysis	9	101	539	26 109	4.26 (2.17 to 8.38)	0.99 (0.98 to 1.00)	4.32 (2.20 to 8.47)
Non-cardiac chest pain	32	823	516	25 387	1.86 (1.32 to 2.62)	0.97 (0.95 to 0.99)	1.91 (1.33 to 2.75)
Signs:							
Abdominal mass	13	102	535	26 108	6.10 (3.44 to 10.79)	0.98 (0.97 to 0.99)	6.22 (3.50 to 11.1)
Chest signs	6	53	542	26 157	5.41 (2.34 to 12.5)	0.99 (0.98 to 1.00)	5.46 (2.39 to 12.5)
Iron deficiency anaemia	22	212	526	25 998	4.96 (3.23 to 7.64)	0.97 (0.95 to 0.98)	5.13 (3.29 to 8.00)
Jaundice	7	59	541	26 151	5.67 (2.60 to 12.4)	0.99 (0.98 to 1.00)	5.74 (2.66 to 12.4)
Lymphadenopathy	4	73	544	26 137	2.62 (0.96 to 7.14)	1.00 (0.99 to 1.00)	2.63 (1.00 to 6.96)
Women							
Symptoms:							
Abdominal pain	52	2313	308	34 542	2.30 (1.78 to 2.97)	0.91 (0.87 to 0.95)	2.52 (1.88 to 3.39)
Appetite loss	23	916	337	35 939	2.57 (1.72 to 3.84)	0.96 (0.93 to 0.99)	2.68 (1.75 to 4.09)
Back pain	30	1895	330	34 960	1.62 (1.15 to 2.29)	0.97 (0.94 to 1.00)	1.68 (1.15 to 2.44)
Change in bowel habit	12	347	348	36 508	3.54 (2.01 to 6.24)	0.98 (0.96 to 0.99)	3.63 (2.04 to 6.46)
Dyspepsia	25	1004	335	35 851	2.55 (1.74 to 3.74)	0.96 (0.93 to 0.98)	2.66 (1.77 to 4.01)
Signs:							
Abdominal mass	6	112	354	36 743	5.48 (2.43 to 12.4)	0.99 (0.97 to 1.00)	5.56 (2.48 to 12.5)
Chest signs	3	26	357	36 829	11.8 (3.59 to 38.9)	0.99 (0.98 to 1.00)	11.9 (3.82 to 37.2)
Iron deficiency anaemia	19	526	341	36 329	3.70 (2.37 to 5.78)	0.96 (0.94 to 0.98)	3.85 (2.42 to 6.13)
Jaundice	10	49	350	36 806	20.9 (10.7 to 40.9)	0.97 (0.96 to 0.99)	21.5 (10.9 to 42.2)
Lymphadenopathy	3	129	357	36 726	2.38 (0.76 to 7.44)	1.00 (0.99 to 1.00)	2.39 (0.80 to 7.15)
Venous thromboembolism	7	112	353	36 743	6.40 (3.00 to 13.6)	0.98 (0.97 to 1.00)	6.51 (3.06 to 13.8)
Men and women							
Liver function tests:							
Low albumin	202	2665	463	38 292	4.67 (4.14 to 5.27)	0.74 (0.71 to 0.78)	6.27 (5.29 to 7.43)
Raised alkaline phosphatase	271	6753	372	33 882	2.54 (2.31 to 2.78)	0.69 (0.65 to 0.74)	3.66 (3.12 to 4.28)
Raised bilirubin	47	2028	598	39 222	1.48 (1.12 to 1.96)	0.98 (0.95 to 1.00)	1.52 (1.13 to 2.05)
Full blood count:							
Low haemoglobin	341	7099	374	38 315	3.05 (2.82 to 3.30)	0.62 (0.58 to 0.67)	4.92 (4.24 to 5.71)
Raised total white cell count	179	3066	505	40 964	3.76 (3.30 to 4.28)	0.79 (0.76 to 0.83)	4.74 (3.98 to 5.64)
Raised platelets	127	1776	570	42 766	4.57 (3.88 to 5.38)	0.85 (0.82 to 0.88)	5.37 (4.40 to 6.54)
Inflammatory markers:							
Raised C reactive protein	194	2891	76	11 542	3.59 (3.31 to 3.89)	0.35 (0.29 to 0.43)	10.2 (7.80 to 13.3)
Raised erythrocyte sedimentation rate	274	6511	116	16 030	2.43 (2.27 to 2.60)	0.42 (0.36 to 0.49)	5.80 (4.67 to 7.24)
Biochemistry:							
Raised calcium	31	398	351	19 432	4.28 (3.05 to 6.02)	0.93 (0.90 to 0.96)	4.59 (3.18 to 6.64)
Raised creatinine	254	12 971	445	31 001	1.23 (1.12 to 1.36)	0.90 (0.85 to 0.96)	1.36 (1.17 to 1.59)

PLR=positive likelihood ratio; NLR=negative likelihood ratio; DOR=diagnostic odds ratio.

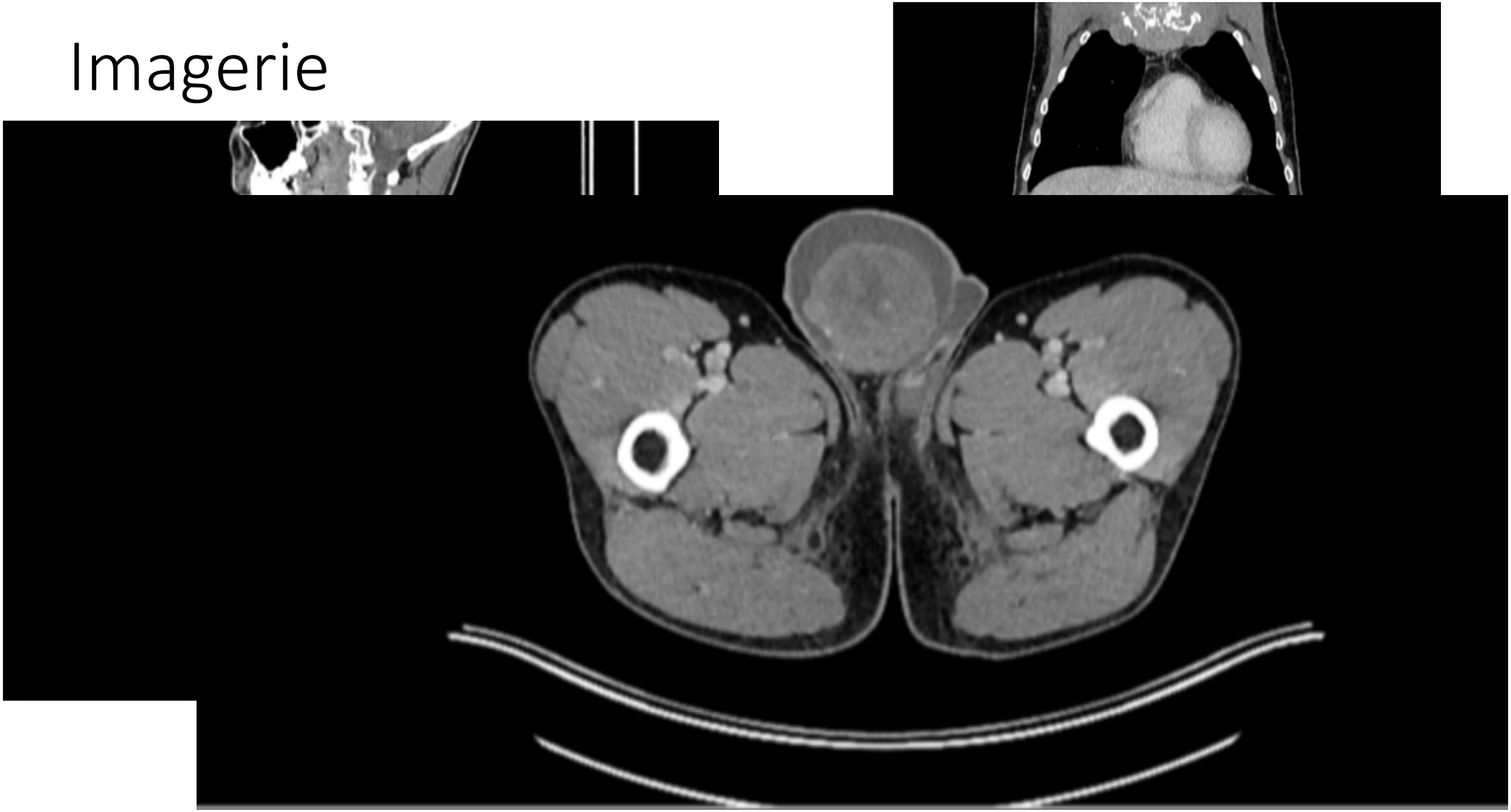
N: 63973 patients avec perte de poids inexpliquée

BMJ2020;370:m2651

Situation clinique

- Homme, 54 ans, BSH, peu /pas médicalisé
- Se présente avec perte de poids inexpliquée de 12 kg en < 6 mois
- Douleurs sternales depuis quelques semaines avec tuméfaction
- Examen clinique: douleurs reproductibles à la palpation du sternum
- Imagerie par CT thorax puis PET/CT confirme volumineuse métastase lytique du corps du sternum

Imagerie



Examen clinique

- Etape indispensable: à ne pas oublier!
- Examen général: paramètres vitaux, aires ganglionnaires, recherche d'une HSM, examen de la vulve et marge anale, examen des testicules, lésions cutanées,…
- Examen spécifique : examen des seins, examen gynécologique, examen ORL,…
- Objectifs: diagnostic la présence d'une tumeur, repère éventuellement des métastases, évalue l'état général pour définir les possibilités thérapeutiques

Examens biologiques

- Bilan sanguin et/ou urinaire: FSC, VS, CRP, tests hépatiques, Calcium, albumine, Creat, électrophorèse/immunoélectrophorèse
- Permet de mesurer les paramètres relatifs à l'état général du patient
- Dosage des marqueurs tumoraux pouvant être utiles au diagnostic et/ou suivi de certains cancers

Anomalies biologiques

- En combinaison avec perte de poids inexpliquée positivement associées à un risqué de cancer

Men and women							
Liver function tests:							
Low albumin	202	2665	463	38 292	4.67 (4.14 to 5.27)	0.74 (0.71 to 0.78)	6.27 (5.29 to 7.43)
Raised alkaline phosphatase	271	6753	372	33 882	2.54 (2.31 to 2.78)	0.69 (0.65 to 0.74)	3.66 (3.12 to 4.28)
Raised bilirubin	47	2028	598	39 222	1.48 (1.12 to 1.96)	0.98 (0.95 to 1.00)	1.52 (1.13 to 2.05)
Full blood count:							
Low haemoglobin	341	7099	374	38 315	3.05 (2.82 to 3.30)	0.62 (0.58 to 0.67)	4.92 (4.24 to 5.71)
Raised total white cell count	179	3066	505	40 964	3.76 (3.30 to 4.28)	0.79 (0.76 to 0.83)	4.74 (3.98 to 5.64)
Raised platelets	127	1776	570	42 766	4.57 (3.88 to 5.38)	0.85 (0.82 to 0.88)	5.37 (4.40 to 6.54)
Inflammatory markers:							
Raised C reactive protein	194	2891	76	11 542	3.59 (3.31 to 3.89)	0.35 (0.29 to 0.43)	10.2 (7.80 to 13.3)
Raised erythrocyte sedimentation rate	274	6511	116	16 030	2.43 (2.27 to 2.60)	0.42 (0.36 to 0.49)	5.80 (4.67 to 7.24)
Biochemistry:							
Raised calcium	31	398	351	19 432	4.28 (3.05 to 6.02)	0.93 (0.90 to 0.96)	4.59 (3.18 to 6.64)
Raised creatinine	254	12 971	445	31 001	1.23 (1.12 to 1.36)	0.90 (0.85 to 0.96)	1.36 (1.17 to 1.59)

PLR=positive likelihood ratio; NLR=negative likelihood ratio; DOR=diagnostic odds ratio.

Marqueurs tumoraux: quelle est leur utilité?

- Les marqueurs tumoraux sont des protéines produites par certaine tumeurs
- Marqueurs sériques qui ont suscité initialement de grands espoirs notamment en prévention Malheureusement, dans la vie réelle, leur manque de sensibilité et de spécificité ne leur a pas donné de place magique dans le dépistage des pathologies tumorales
- Je pourrais conclure immédiatement en affirmant « ne dosez pas ces marqueurs » et j'aurai terminé rapidement mais je vais donner quelques explications!

Marqueurs tumoraux courants

CEA	carcinome digestif en particulier colorectal, poumon, sein ... tabagisme chronique
CA 19-9	Carcinome des voies biliaires et pancréas, cholangite de toute origine
CA 15-3	sein déficience en vitamine B12, thalassemie...
CA 125	carcinome de l'ovaire, du sein... péritonite de toute origine, endométriose, cycle
PSA	carcinome prostate prostatite
α-FP	tumeur germinale non seminome, hépatocarcinome cirrhose
B HCG	tumeur germinale (séminome et non seminome) grossessse

Intérêt dans le dépistage

PSA et dépistage du cancer de la prostate

- **PSA**
  - L'efficacité du dépistage du cancer de la prostate a été étudiée dans plusieurs études randomisées avec des résultats non concordants.
  - Controverse née en 2009 avec deux études majeures sur le dépistage avec faiblesse méthodologique et résultats discordants : [étude européenne ERSPC] et [étude américaine PLCO],

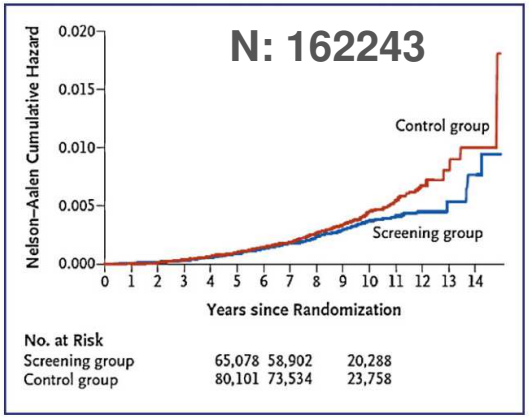


Figure 1. Comparaison de la mortalité spécifique entre les deux groupes de l'étude European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC).

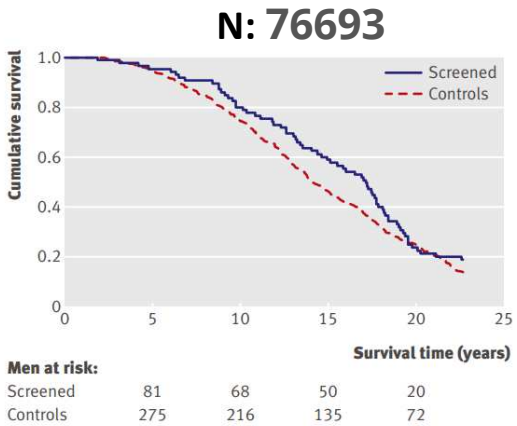


Fig 2 | Kaplan-Meier curves of overall survival for men diagnosed with prostate cancer in control group (n=292) and screened group (n=85). Log rank test P=0.14

Andriole GL et al N Engl J Med 2009;360:1310—9
Sandblom et al, BMJ 2011;342:d1539

Résultats des principaux essais randomisés sur le dépistage du cancer de la prostate

	Étude ERSPC European Randomized Study of Screening Prostate Cancer	**Étude PLCO** Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial	**Étude CAP** The Cluster Randomized Trial of PSA Testing for Prostate Cancer	**Étude Göteborg** Sous-groupe suédois de l'étude ERSPC
Période d'étude	1993-2012	1990-2013	2001-2009	1994-2012
Population	182 000 hommes de 50 à 74 ans dans 7 pays européens	76 963 hommes dans 10 centres aux Etats-Unis	415 357 hommes dans 911 cabinets de médecins de premier recours localisés près de 8 centres hospitaliers au Royaume-Uni	20 000 hommes de 60 à 64 ans vivant à Göteborg
Méthode	Mesure l'impact sur la mortalité du dosage annuel du PSA pendant 4 ans, comparé à l'absence de dépistage	Mesure l'impact sur la mortalité du dosage annuel du PSA pendant 6 ans + toucher rectal annuel pendant 4 ans, comparé à un dépistage aléatoire selon les centres de soins	Mesure l'impact sur la mortalité d'un dosage unique du PSA suivi d'une biopsie si PSA > 3 ng/ml, comparé à l'absence de dépistage	Mesure l'impact sur la mortalité du dosage biennal du PSA suivi d'une biopsie si PSA > 2,5 ng/ml comparé à l'absence de dépistage
Outcome	Diminution de 21% de la mortalité dans le groupe dépisté sur un suivi de 13 ans	Absence de diminution de la mortalité sur un suivi de 13 ans	Absence de diminution de la mortalité sur un suivi de 10 ans	Diminution de 35% de la mortalité dans le groupe dépisté sur un suivi de 18 ans

DOI: 10.53738/REVMED.2020.16.680.0275

En pratique

- Les études évaluant l'impact du dosage du PSA sur la mortalité du cancer de la prostate sont contradictoires
- Pas de programme de dépistage organisé du cancer de la prostate par dosage du PSA (et/ou TR)
- Le dépistage ne devrait pas se poursuivre au-delà de 70 ans chez les hommes asymptomatiques
- Les bénéfices sur la mortalité sont contrebalancés par le surdiagnostic de tumeurs indolentes et les complications de la biopsie de la prostate et des traitements curatifs
- Seul un patient correctement informé lors d'une décision partagée avec son médecin pourra juger si le bénéfice sur la mortalité justifie l'exposition à ces complications

Recommandations des sociétés savantes

Recommendations for screening and early detection	Strength rating
Do not subject men to prostate-specific antigen (PSA) testing without counselling them on the potential risks and benefits.	Strong
Offer early PSA testing to well-informed men at elevated risk of having PCa: • men from 50 years of age; • men from 45 years of age and a family history of PCa; • men of African descent from 45 years of age; • men carrying *BRCA2* mutations from 40 years of age.	Strong

EAU guidelines March 2023

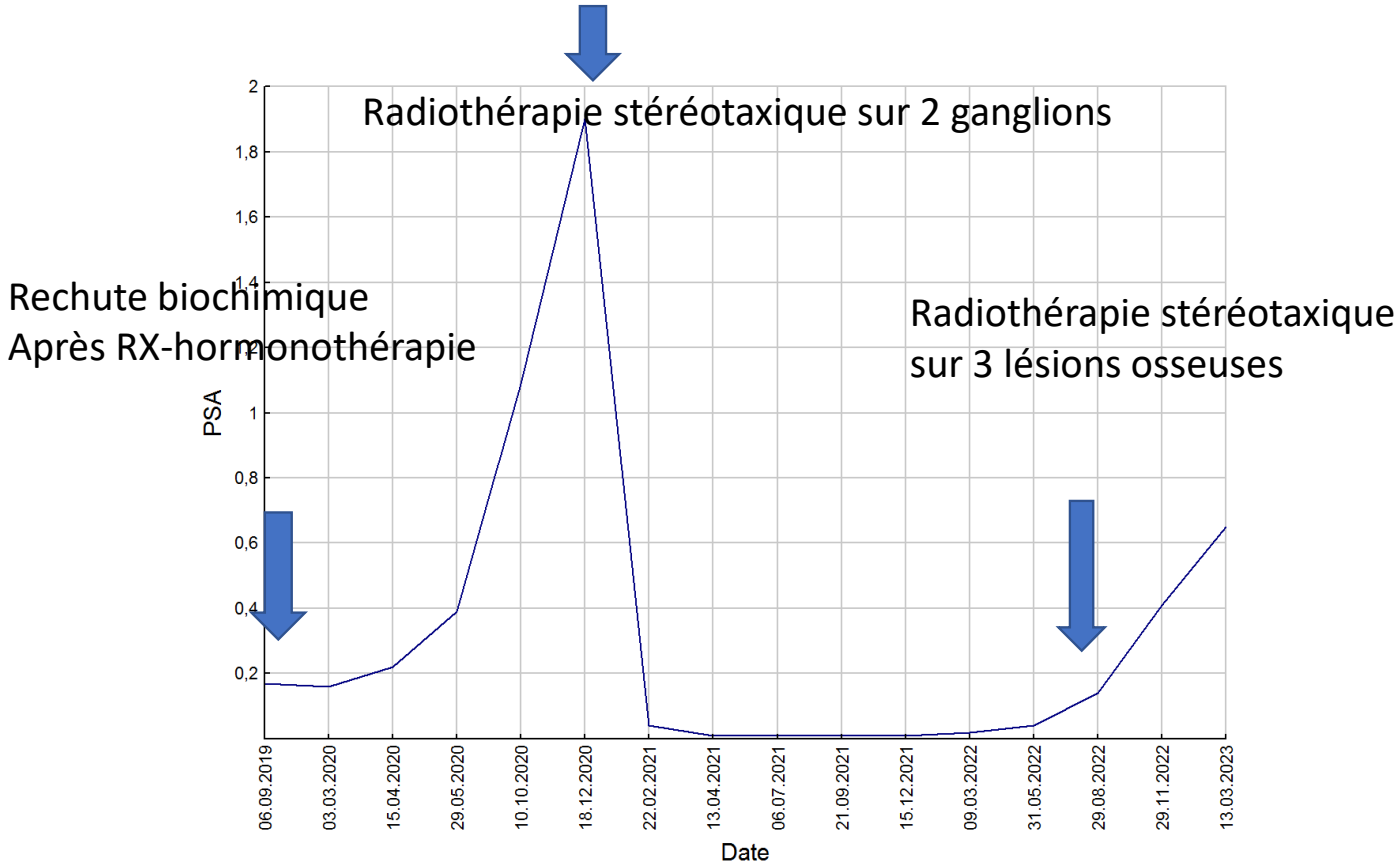
Intérêts du dosage du PSA

- Au dépistage:
  - chez patient asymptomatique: après discussion éclairée
  - patient symptomatique
  - groupes à risque

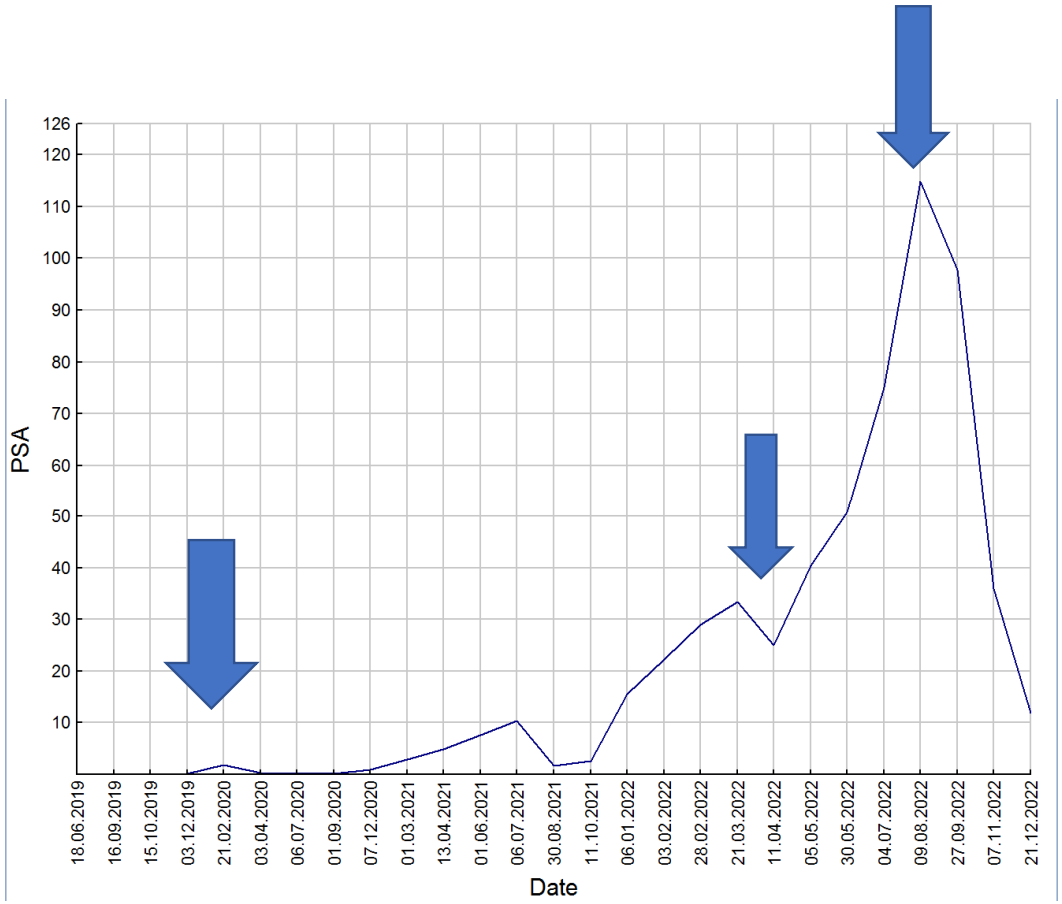
- Surveillance de la rechute après traitement à visée curative

- Evolution de la maladie métastatique sous traitement

Suivi du PSA après traitement local (PR ou RT)

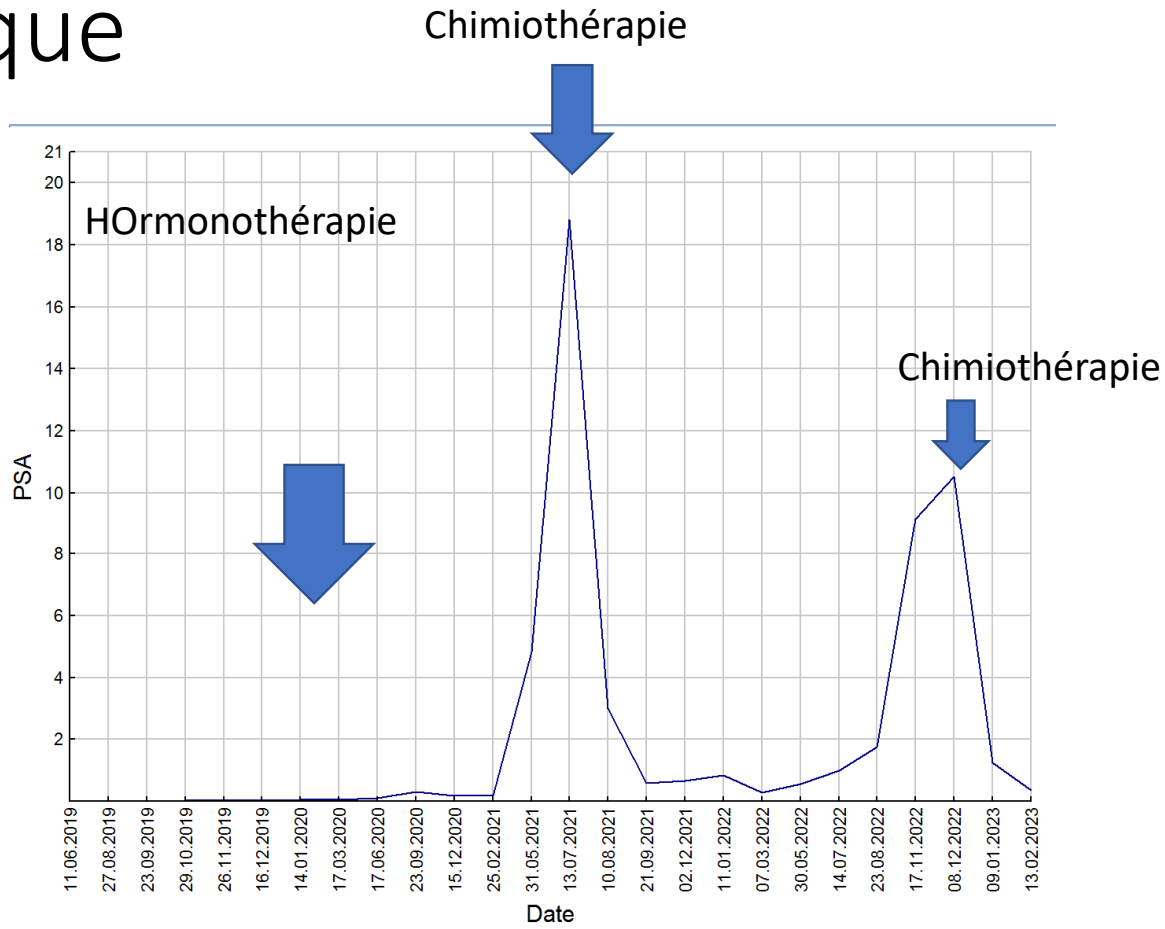


Suivi du PSA en cas de cancer prostate métastatique



Hormonothérapie de nouvelle génération puis chimiothérapie puis radio-nucléide

Suivi du PSA en cas de cancer de la prostate métastatique



Dépistage du cancer de l'ovaire

- **CA-125**
  - Non spécifique et peut s'élever dans de nombreuses situations non tumorales
  - Aucune utilité dans le dépistage systématique du cancer de l'ovaire
  - Rôle dans la population à risque (BRCA 1/ 2 +)
  - Pour confirmation diagnostique si suspicion clinique et radiologique

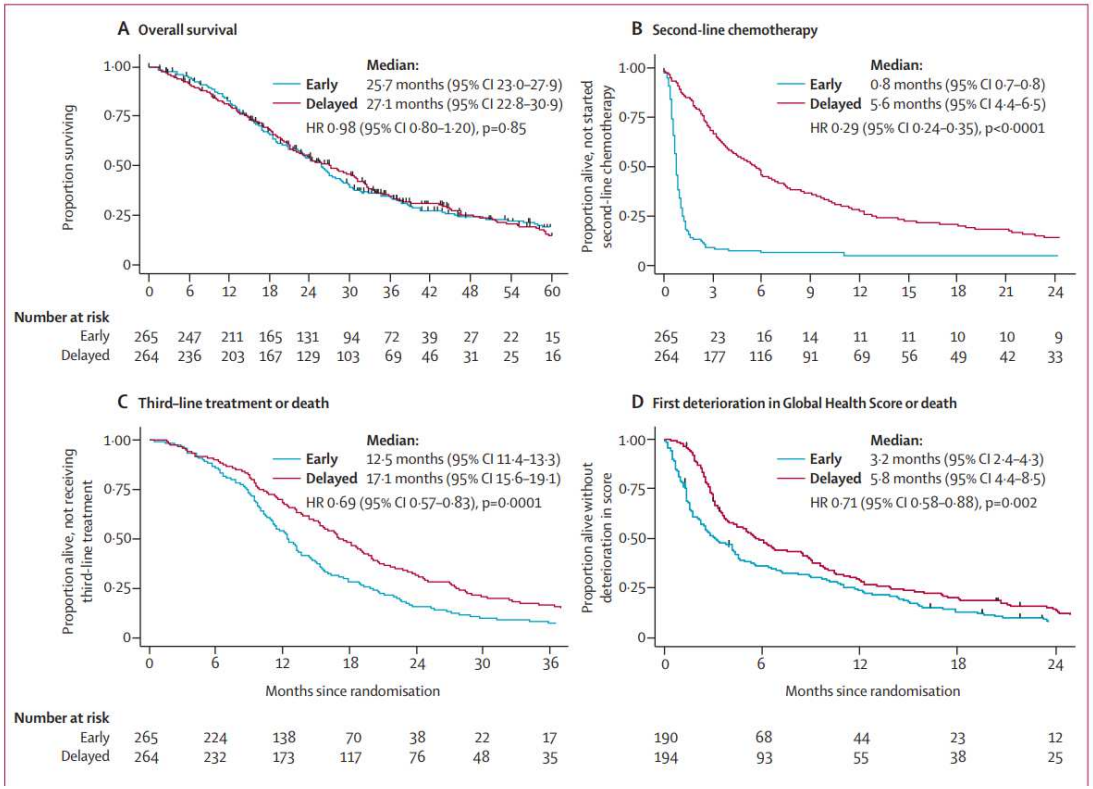
Forum Med Suisse. 2019;19(4344):722-724

Ca-125: diagnostic différentiel

Tableau 1: Situations bénignes et malignes associées à une élévation du CA 125 [18–21], (listes non exhaustives).

Pathologie maligne	Pathologie bénigne
Cancer de l'ovaire 75–85%	Endométriose 61–87 %
Cancer du col utérin 20%	Premier trimestre de grossesse 2–24%
Cancer de l'endomètre 25–48%	Masse pelvienne bénigne 20–40%
Cancer du côlon 30%	Cirrhose hépatique 40–80%
Cancer du sein 1–27%	Inflammation du haut appareil génital féminin 33%
Cancer du poumon 10%	Léiomyome utérin 20%
	Pleurésie
	Peritonite
	Individus sains 0,6–1,4%

Rôle du suivi du Ca-125 dans le cancer de l'ovaire



Rustin G. and al : Early versus delayed treatment of relapsed ovarian cancer. Lancet 2011 ; 377 : 380.

Intérêt dans la détection de la récidive précoce

- L'utilisation des marqueurs tumoraux dans la détection d'une récidive précoce après un premier traitement à visée curative a un intérêt surtout si les traitements ultérieurs ont un impact important sur la survie
  - Suivi du CA-125 et cancer de l'ovaire: NON
  - Suivi du CA 15-3 et cancer du sein: NON
  - Suivi de CEA (et CA 19-9) en cas de cancer colorectal : OUI
  - Suivi du PSA en cas de cancer de la prostate localisé : OUI
  - Suivi des marqueurs de tumeur germinale (LDH, aFP, bHCG): OUI

Thompsom I.M. and al. : Adjuvant and salvage radiotherapy after prostatectomy. J Urol 2013 ; 190:141.
Labianca R. and al : Early colon cancer : ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol 2013 ; 24 suppl 6.

Recommandations de suivi des cancers colorectaux après chirurgie curative

CARCINOME COLIQUE	mois postopératoires						
T3/4 ou N+, M0	6	12	18	24	36	48	60
Examen clinique et CEA[2]	trimestriel la 1re année		semestriel les 2e et 3e années			+	+
Coloscopie		+				+[8]	
CT thoraco-abdominal[3]		+		+	+	+	+

CARCINOME COLIQUE	mois postopératoires						
T1/T2 N0	6	12	18	24	36	48	60
CEA[4]		+		+		+	+
Coloscopie		+				+[8]	

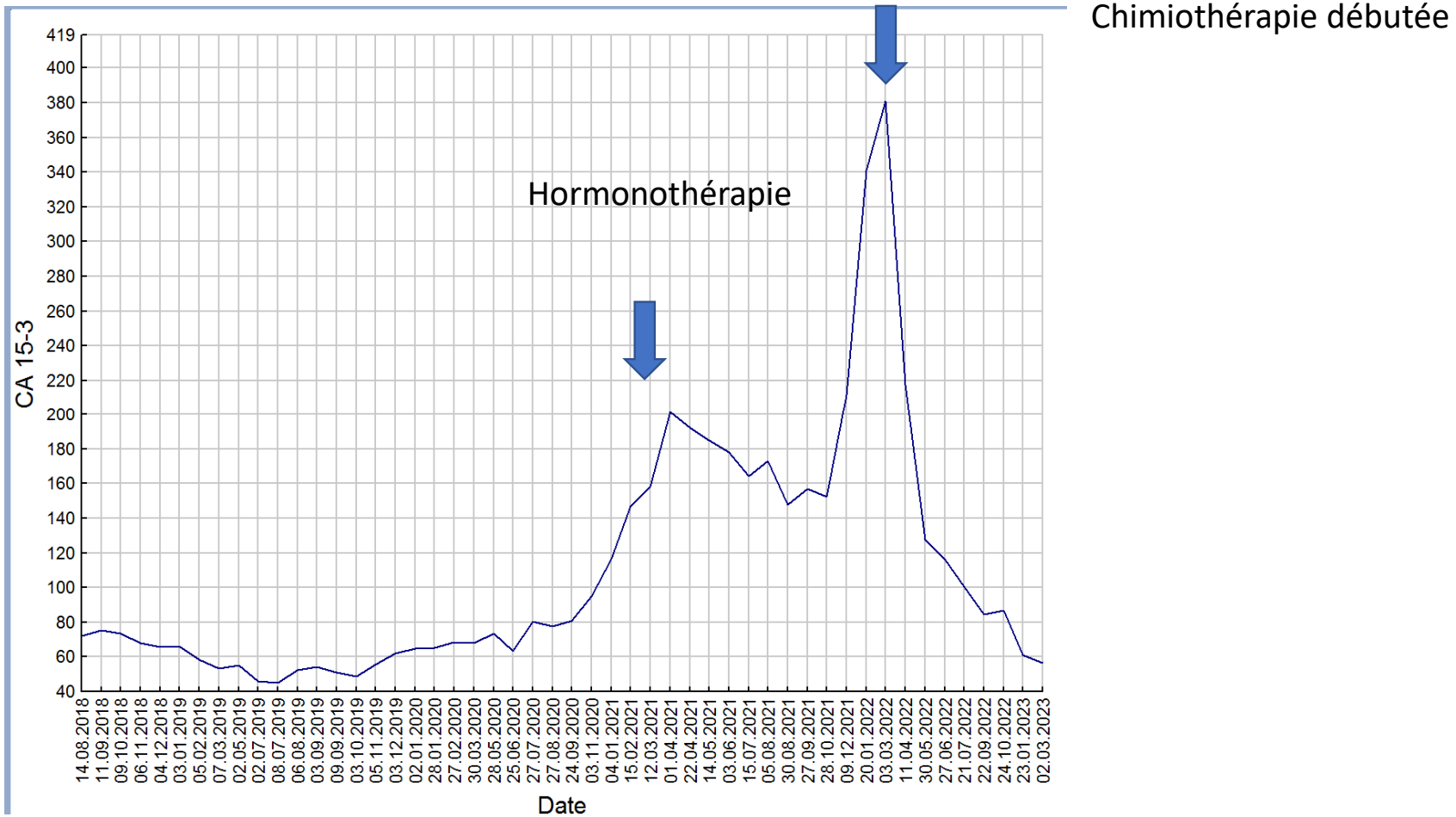
CARCINOME RECTAL	mois postopératoires						
T1–4, N+/–, M0[5]	6	12	18	24	36	48	60
Examen clinique[6] **et CEA**[4]	trimestriel la 1re année		semestriel les 2e et 3e années			+	+
Coloscopie		+				+[8]	
Rectosigmoïdoscopie flexible	+		+	+			
Endosonographie[4,7] ***ou***	+	+	+	+			
MRI du bassin[4,7]							
CT thoraco-abdominal et pelvien[3,4,7]		+		+	+	+	+

Société Suisse de Gastroentérologie (SGG/SSG), 2014

Rôle en situation métastatique

- C’est certainement la condition d’utilisation la plus fréquente des marqueurs tumoraux.
- Comment suivre une maladie tumorale avancée ? **La clinique reste l’élément essentiel et le pivot des décisions thérapeutiques.**
- L’imagerie est intéressante mais doit être utilisée avec une certaine retenue. L’utilisation systématique du PET dans des situations métastatiques est très questionnable.
- **Le suivi biologique peut certainement nous aider dans certaines situations mais là aussi avec bon sens.**
- Une modification d’une stratégie thérapeutique ne devrait pas se baser sur l’unique évolution biologique

Intérêt du CA 15-3: suivi de la réponse d'un cancer du sein sous traitement



Imagerie médicale

- Objectifs: vérifier la présence d'une tumeur , «staging» tumoral (stade TNM), définir le type de traitement oncologique (curatif/palliatif)
- Selon le diagnostic de suspicion: Echographie, CT –scan, Pet/CT, Scintigraphie osseuse

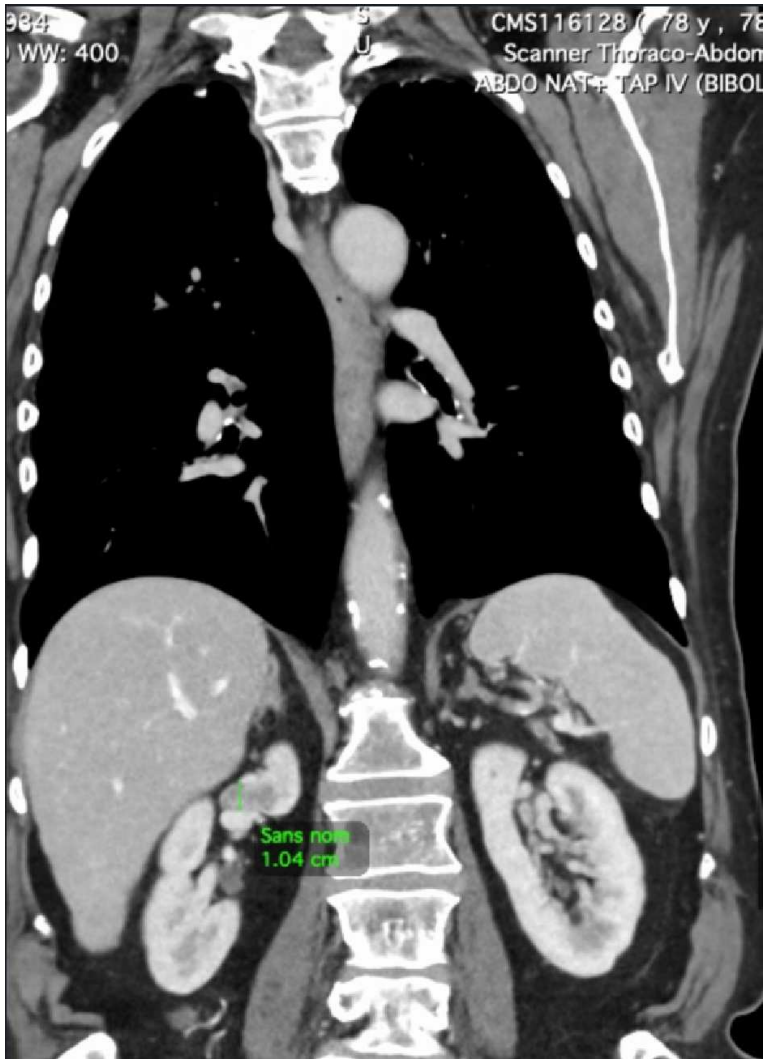
US/IRM

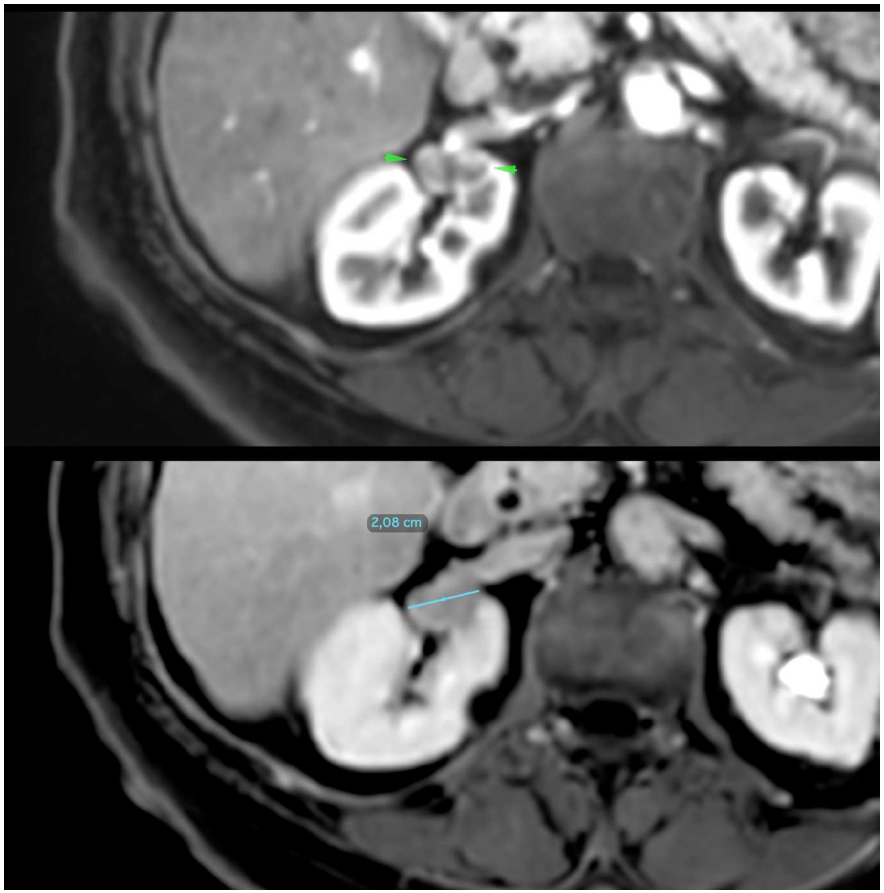
-
SAMSUNG
CMS98517
HO, JESSICA
Centre d'imagerie de la Servette
39a8m /08/08/1981
IM 0.85
ITm 0.1
06-05-2021
11:35:08
Tissus superficiels /Sein /LA4-18B /FR48Hz /4.0cm
[2D]
Frq Rés.
GN 51
DR 50
MI 6
P 100
5 H
CM
-
SAMSUNG
CMS98517
[2D]
Frq Rés.
GN 51
DR 50
MI 11
P 100
[PD]
Frq Pén.
GN 50
P 100

-
CMS98517
HO, JESSICA
Centre d'imagerie de la Servette
39a8m /08/08/1981
IM 0.85
ITm 0.1
LA4-18B /FR44Hz /4.5cm
Biopsie 18 Gauche QIE gauche

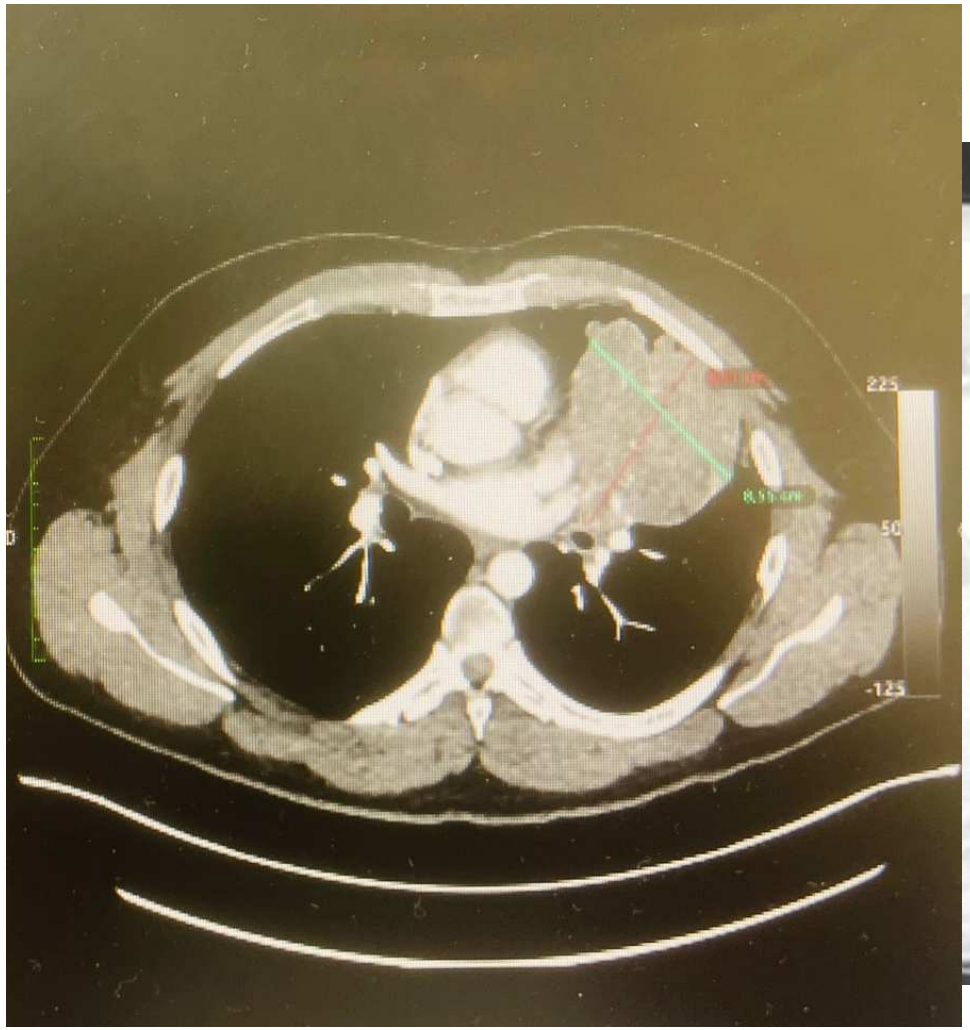
Cas clinique

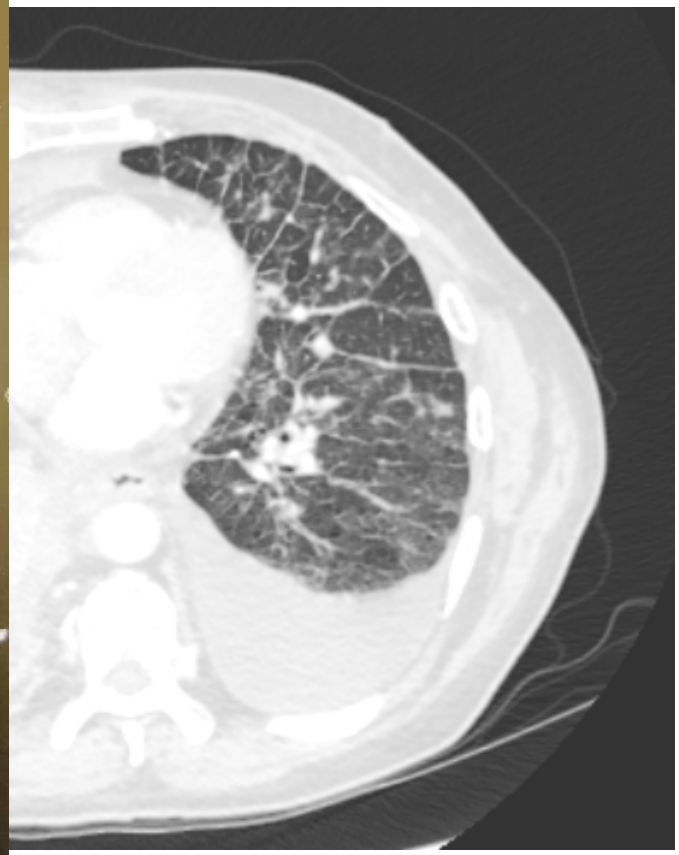
- Patiente de 78 ans
- Connue principalement pour des troubles mnésiques de type Alzheimer ainsi que des facteurs de risque cardiovasculaires
- Perte pondérale objectivée par la famille avec diminution des apports
- Pas d’autres plaintes de la part de la patiente
- ECOG PS 0, examen clinique complet grossièrement dans la norme
- CT T/A demandé par le médecin traitant


WW: 400
CMS116128
Scanner Thoraco-Abdon
ABDO NAT+ TAP IV (BIBOL
Sans nom
1.04 cm

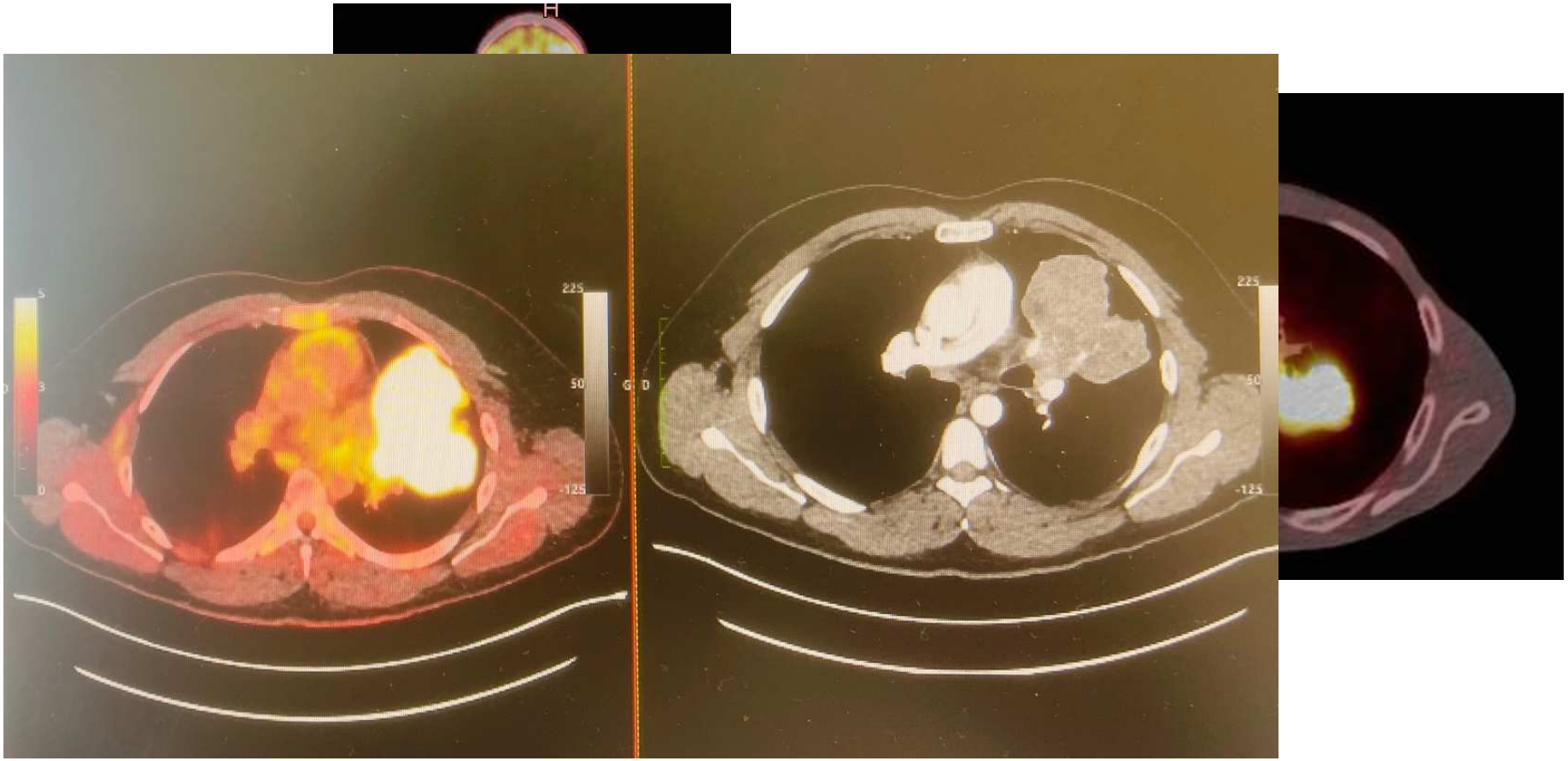

2,08 cm

CT -scan





Pet/Ct du corps entier diagnostic



Scintigraphie osseuse

- Perte pondérale chez un patient de 72 ans
- Douleurs vertébrales chroniques en exacerbation
- TR suspect
- PSA pathologique 240 (N<4ug/l)

Métastases osseuses multiples

Pet/CT Ga-68 PSMA

Homme de 68 ans
Perte de poids depuis quelques mois
malgré appétit conservé
Douleurs vertébrales chroniques
Labo: PA augmentées
Puis PSA pathologique à 225ug/l

Biopsie

- Permet de confirmer le diagnostic de cancer
- Permet de faire des analyses moléculaires permettant d'orienter le pronostic et/ou le traitement
- Idéalement au site le plus facile d'accès et le moins invasif
- Percutanée ou chirurgicale

Conclusions(1)

Perte de poids inexpliquée doit motiver des investigations , en particulier chez un patient fumeur et >50 ans et chez tout patient avec symptôme/signe clinique suspect

D'autres paramètres biologiques peuvent orienter sur une suspicion de cancer

Examens radiologiques complémentaires nécessaires , en particulier le CT-scanner

Examen anatomopathologique permet de conforter le diagnostic et proposer la stratégie thérapeutique la plus adaptée.

Conclusions (2)

Pour le médecin praticien, il y a finalement peu d'intérêt au dosage des marqueurs tumoraux dans un bilan sanguin de routine

Intérêt en cas de suspicion de cancer au diagnostic ou pour surveiller la rechute

Par contre, doser « dans le bleu » d'autres marqueurs tumoraux n'a que peu de sens et peut entraîner bien des interrogations en cas de valeurs anormales

Pour l'oncologue, le dosage des marqueurs peut avoir un intérêt en particulier pour le suivi de la maladie métastatique sous traitement et dans certaines situations en adjuvant

L'avenir se situe probablement dans les cellules tumorales circulantes (ou ADN tumoral) tant pour le dépistage que le suivi

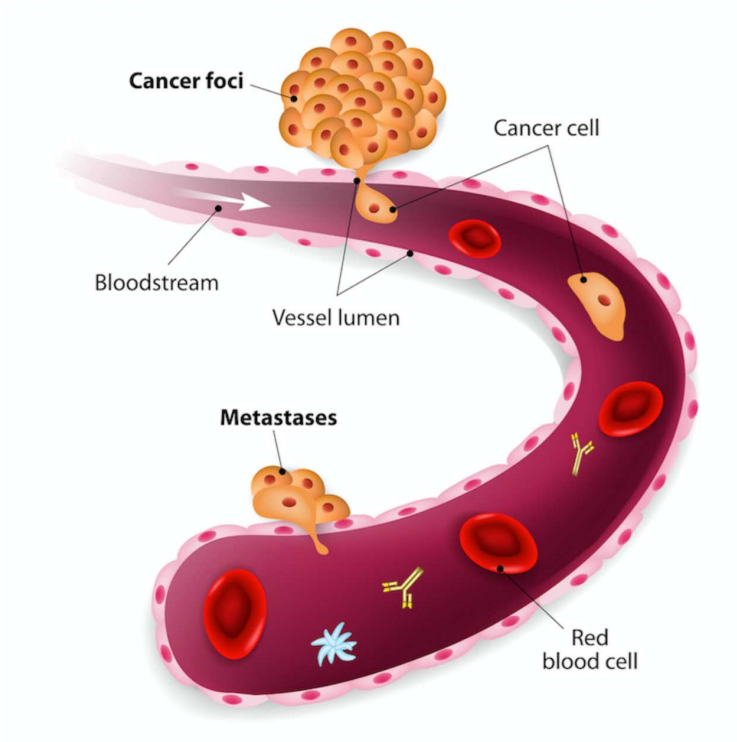
Biopsie liquide: CTC et ADNtc

Les CTC offrent de nombreuses perspectives pour des applications cliniques, comme par exemple :

le diagnostic précoce de cancer,

le suivi de la réponse au traitement pour détecter des résistances et adapter le traitement en conséquence,

le suivi de la maladie résiduelle pour détecter précocement les rechutes.



Merci pour votre attention!!!

marielaure.amram@gmail.com

Clinical guideline based on the results of this analysis

Table 4 | Revised clinical recommendations for specialised investigation for cancer in patients with unexpected weight loss

Age (years)	Men and women	Men	Women
≥40	Abdominal mass, thrombocytosis	Jaundice, lymphadenopathy, hypoalbuminaemia, hypercalcaemia, raised alkaline phosphatase level, raised C reactive protein level	
≥50		Ever smokers	
≥60	Abdominal pain., anaemia, appetite loss, chest signs, hyperbilirubinaemia, leucocytosis	Dysphagia, haemoptysis, non-cardiac chest pain, raised erythrocyte sedimentation rate	Dyspepsia, jaundice, venous thromboembolism, hypoalbuminaemia, hypercalcaemia, raised alkaline phosphatase level, raised C reactive protein level, raised erythrocyte sedimentation rate
≥80			Change in bowel habit, lymphadenopathy

IRM colonne

compression médullaire D7 sur atteinte tumorale de D6, D7 et D8 avec tassement de D7