

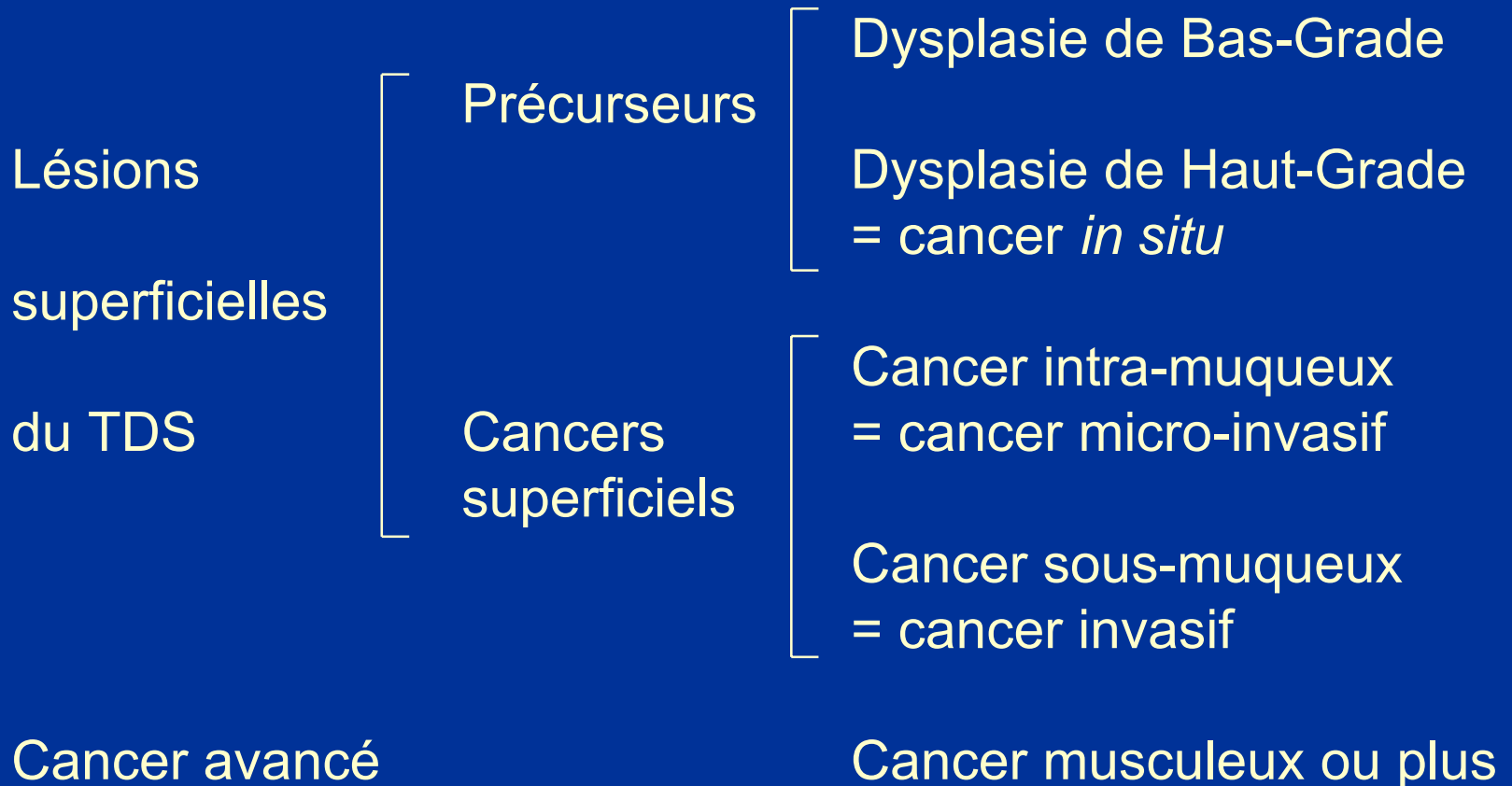


> **SYMPOSIUM 2004** <
Les lésions pré-cancéreuses
et cancers superficiels
en endoscopie digestive haute

EPIDEMIOLOGIE DES LÉSIONS PRE-CANCEREUSES ET DES CANCERS SUPERFICIELS DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC

Professeur Jean Faivre, Dijon

Les lésions néoplasiques du tractus digestif supérieur



Evolution des caractéristiques des cancers de l'œsophage en Côte-d'Or

	1976-1980 (n = 193)	1995-2000 (n = 265)
% T1	0 %	7 %
% survie à 5 ans		42 %
% endoscopie	86 %	99 %
% exérèse à visée curative	11 %	25 %
% survie à 5 ans	3 %	5 %

Cancers développés sur une condition pré-cancéreuse œsophagienne (n = 1.052)

	Fréquence (Côte-d'Or)	Nombre estimé de cas en 2000
Œsophagite caustique	1 (0,1 %)	5
Cardiospasmés	3 (0,3 %)	15
Endobrachyœsophage	62 (6 %)	300
% adénocarcinome 1/3 inférieur	71 (7 %)*	350

* 36 % ont plus de 75 ans

Cancer ORL et cancer de l'œsophage (n = 1.052)

Cancer ORL antérieur	6 %
Cancer ORL synchrone	10 %

- **Œsophagite caustique :**
 - délai moyen : 40 à 50 ans
 - surveillance après 30 ans : à quel rythme ?
- **Cardiospasmnes :**
 - risque multiplié par 7 à 15
 - délai moyen : 20 ans
 - quelle surveillance ?
(235 sujets, 3.415 personnes/années,
3 cancers : 1 manqué et 2 diagnostics retardés)
- **Cancer ORL :**
 - délai moyen : 3,5 ans
 - suivi après 2 ans

Endobrachyœsophage et cancer de l'œsophage

- **Prévalence** : 1 à 2 %
- **Risque de cancer** :
 - variable selon les études
 - se situe entre 10 et 125
- **Sujets atteints de Barrett** :
 - même espérance de vie qu'une population générale
 - 5% décèdent d'un cancer de l'œsophage
- **Surveillance** :
 - Barrett + dysplasie
 - attention si anomalie macroscopique

Alcool, tabac et risque de cancer de l'œsophage

Consommation moyenne d'alcool par semaine	ODDS RATIO
0-149	1
150-299	2,7 (1,3-5,7)
300-449	2,3 (1,1-4,8)
450-599	4,3 (1,9-9,3)
≥ 600	9,3 (4,3-20,6)

Durée consommation tabac Non fumeurs	ODDS RATIO
1-14	1,0 (0,4-2,8)
15-29	1,6 (0,7-3,7)
30-44	2,9 (1,2-7,0)
≥ 45	2,9 (1,0-8,5)

Evolution des caractéristiques des cancers de l'estomac

	1976-1980 (n = 383)	1995-2000 (n = 387)
% T1	4 %	8 %
% survie à 5 ans		64 %
% endoscopie	75 %	95 %
% exérèse à visée curative	47 %	55 %
% survie à 5 ans	14 %	17 %

Cancers développés sur une condition pré-cancéreuse gastrique (n = 1.777)

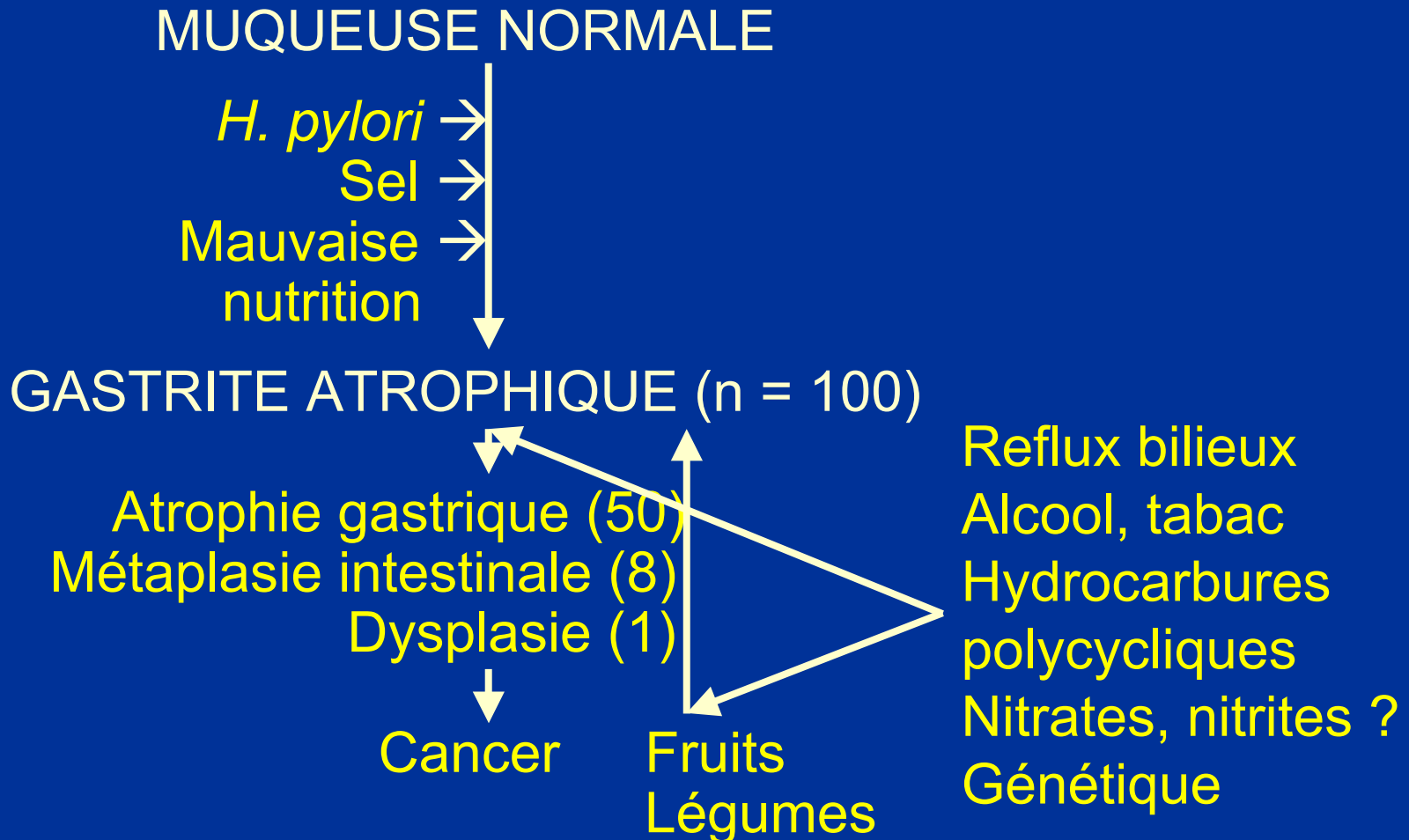
	Fréquence (Côte-d'Or)	Nombre estimé de cas en 2000
Biermer	8 (0,5 %)	35
Gastrectomie 2/3 de plus de 15 ans	69 (4 %)	280
ATCD ulcère gastrique	148 (8 %)	560
Adénome	17 (1 %)	70

Infection à *Helicobacter pylori* et cancer de l'estomac

	Cohorte	Suivi moyen	ODDS RATIO
<i>Forman et al.</i> (Angleterre)	22.000	6 ans	2,8 (1,0-8,0)
<i>Nomura et al.</i> (Hawaïi)	6.000	13,5 ans	6,0 (2,1-17,3)
<i>Parsonnel et al.</i> (Californie)	120.000	14,2 ans	3,6 (1,8-7,3)
<i>Lin et al.</i> (Taiwan)	9.777	3,1 ans	1,6 (0,7-2,6)

- **Biermer** : risque multiplié par 2 à 3
- **Moignon gastrique** : risque multiplié par 15
après 15 ans d'évolution
- ***Helicobacter pylori*** :
 - risque multiplié par 6 (en dehors du cardia)
 - prévalence de l'infection de 30 %
 - 1 % de ces individus développera un cancer
 - éradication dans les groupes à risque
- **Dysplasie gastrique** :
 - 118 sujets, suivi moyen de 52 mois
 - régression : 48 %, stabilité : 30 %, cancer : 17 %

Schéma de la carcinogenèse gastrique



CONCLUSION (1)

- Malgré le développement de l'endoscopie et l'augmentation de fréquence des cancers superficiels, ceux-ci représentent une faible proportion de cancers digestifs hauts.
- Les conditions pré-cancéreuses connues sont à l'origine d'un petit nombre de cancers. La stratégie de surveillance fait encore l'objet de discussions. Importante sur le plan individuel, elle fera peu évoluer le problème posé par ces cancers.

CONCLUSION (2)

- Ne pas oublier que boire raisonnablement et ne pas fumer feraient disparaître 90 % des cancers de l'œsophage et qu'une consommation élevée de fruits et de légumes diminue de moitié le risque de cancer de l'estomac.