

Cancers digestifs des AJA

Stratégies thérapeutique

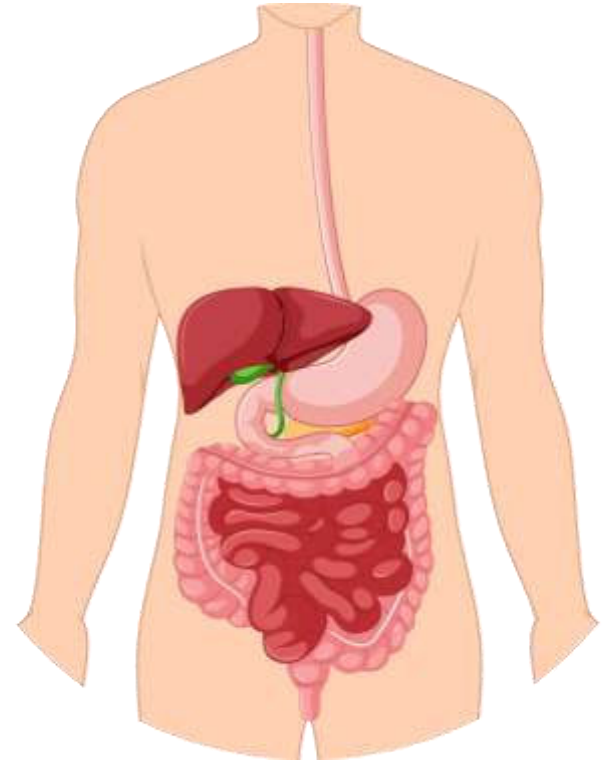


Liens d'intérêts

- Oncologue au Centre Oscar Lambret – coordinateur comité cancérologie digestive
- Board/consulting : Novartis/AAA, ASTELLAS, BMS, MSD, J&J
- Prise en charge congrès / formations : IPSEN, MSD, Novartis, Merck
- Participation à des études de recherche clinique : BRISTOL MYERS SQUIBB, J&J, MSD, GILEAD, IPSEN, Merck, Novartis, IPSEN, Abbvie

Stratégies thérapeutiques des Cancers digestifs

- Œsophage
- Estomac
- Hépatobiliaire
- Pancréas
- Grêle
- appendice
- Colon
- Rectum
- Anus



Expériences récentes : colorectal +++

Jeune patient de 14 ans, douleurs abdominales et perte de 2 kg, Echo normale initialement, mais devant persistance des symptômes, découverte d'un **ADK sigmoïdien** pMMR IHC, cT4 (envahissement vessie) avec une carcinose péritonéale d'emblée PCI 12/39

Patiente de 23 ans, constipation depuis 1 an menant à la découverte d'un **adénocarcinome de la charnière colorectale**, localement avancé nécessitant une résection étendue à l'annexe droite, à l'appendice, et la paroi postérieure du vagin avec des suites opératoires complexes, en poursuite évolutive hépatique et péritonéale avec compression des voies urinaires

Patiente de 22 ans, bilan de douleurs abdominales menant à la découverte d'un **ADK colique gauche**, pMMR IHC, d'emblée métastatique au niveau hépatique, pulmonaire et ganglionnaire sur vraisemblable PAF familiale de novo

Patient 23 ans, diarrhées glairosanglantes et AEG, révélant une diffusion péritonéale, hépatique, splénique, pulmonaire d'un **ADK du grêle**, nécessitant des transfusions massives et une radiothérapie hémostatique du primitif

Tableaux bruyants d'une maladie évoluée

Cancer du colon :

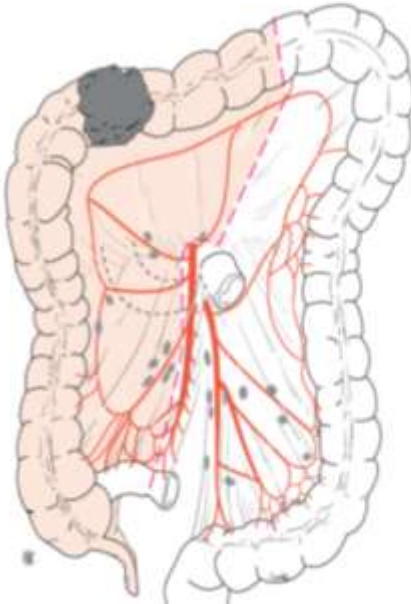
Forme localisée

• CANCER C

→ Héli - cole

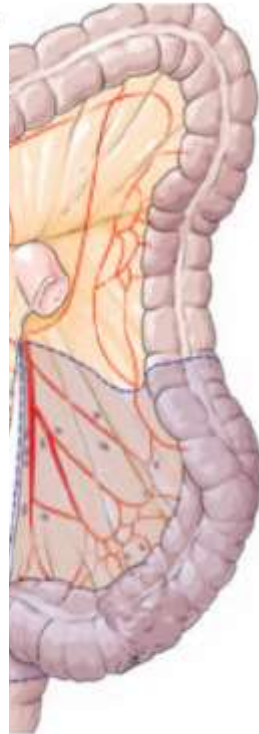
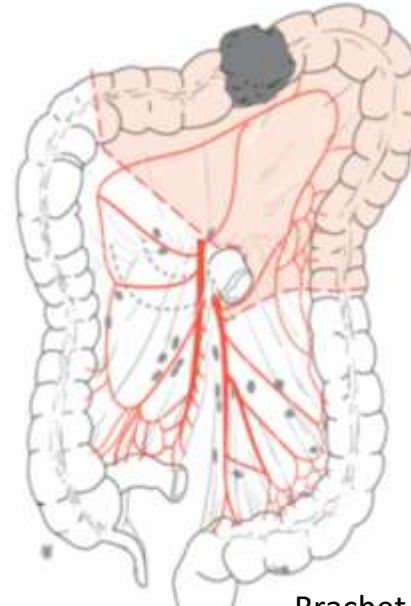
- Dang
 - f
 - f
- Sectie
droit e
- Curag
de l'c
l'AMS

Hémi-colectomie droite
Étendue à gauche



Abaissement des 2
angles
Anastomose sans
tension, bien
vascularisée

Colectomie segmentaire gauche
emportant le transverse



Brachet D, Encyl Méd Chir 2009

Cancer du rectum :

Forme localisée

- **Haut rectum**

10 à 15 cm de la marge anale ou à plus de 7 cm du bord supérieur du sphincter, intrapéritonéal

⇒ **Traitement chirurgical similaire colon**

- **Moyen rectum**

5 à 10 cm de la marge anale ou de > 2 à 7 cm du bord supérieur du sphincter

- **Bas rectum**

0 à 5 cm de la marge anale ou à plus de 2 cm du bord supérieur du sphincter

- ⇒ Nécessite exérèse totale du rectum
+++ risque de récidive
- ⇒ Nécessite RT adjuvante
- ⇒ Préservation de la fonction abdomino-pelvienne

Chirurgie morbide :

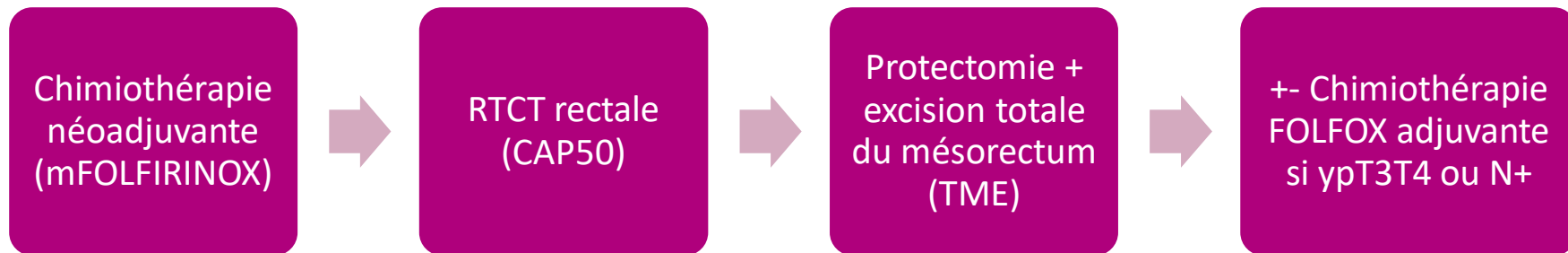
- anastomose protégée par stomie transitoire,
- Fistule anastomotique : 12 à 16% (AFC 2009 et GRECCAR-6)
- Perte du réservoir rectal
- Séquelles génito-urinaires (impuissance, éjaculation rétrograde et troubles de la vidange vésicale)



EMC

Cancer des 2/3 inférieurs du rectum :

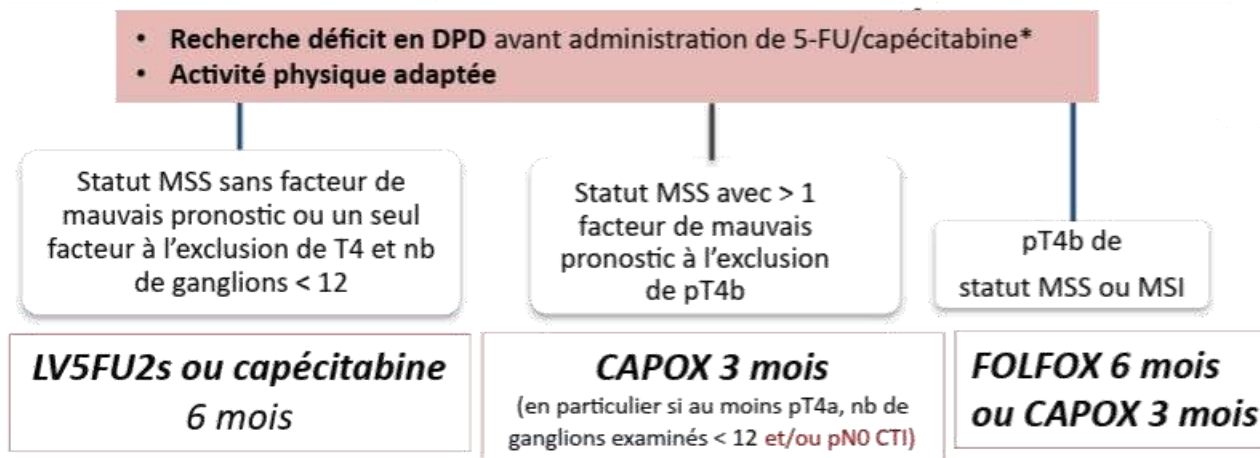
- Sauf tumeurs MSI (intérêt +++ Immunothérapie),
- nécessite chimiothérapie néoadjuvante puis RTCT avant chirurgie (traitement néoadjuvant total type PRODIGE 23)



- Option si bonne réponse après CT néoadjuvante et RTCT: stratégie de conservation
 - si réponse complète : stratégie de surveillance Watch and Wait
 - Si réponse partielle avec reliquat < 2cm : exérèse transanale

Cancer du colon localisé : postopératoire

- Stade AJACC II (pas de ganglions positif sur le curage (min 12 ganglions))
 - **PAS DE TRAITEMENT COMPLEMENTAIRE**, Surveillance
 - SAUF si mutation connue voie PI3K (non recherchée en pratique) : **aspirine 160mg/j/3 ans**
 - SAUF si pT4 – occlusion – embolies – perforation tumorale – <12 ganglions examinées – engainements périnerveux



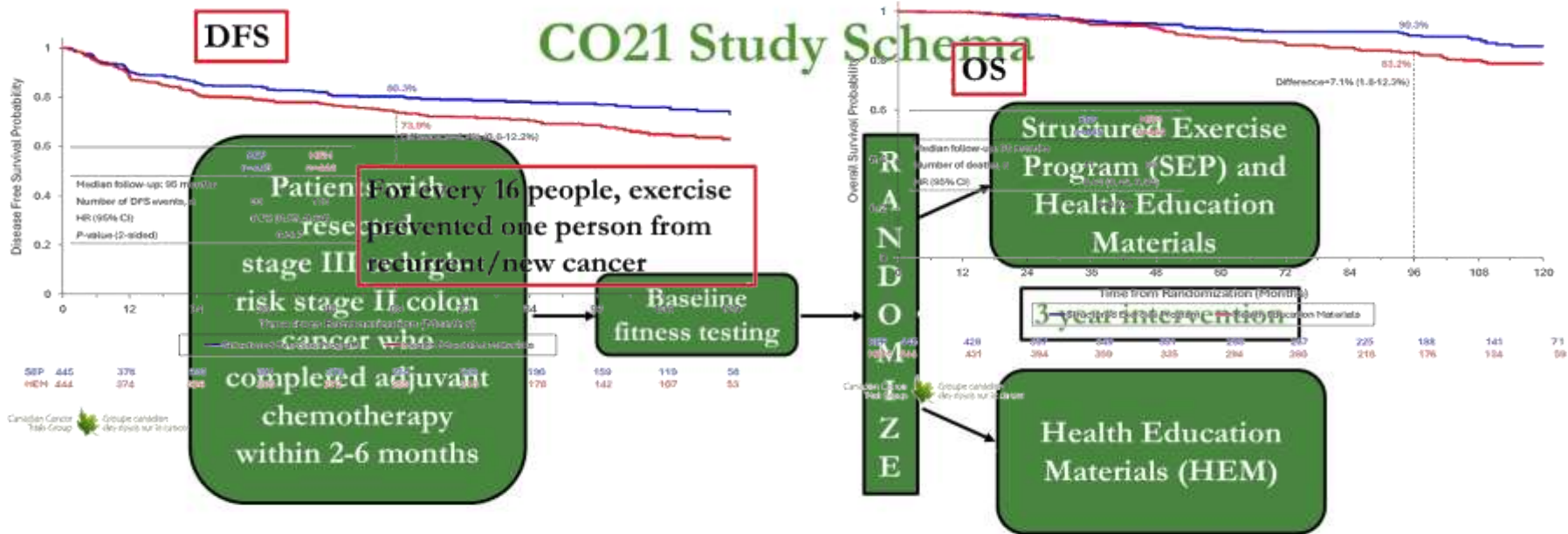
Lecomte T, et al. Cancer du côlon non métastatique Thésaurus National de Cancérologie Digestive, mars 2026

Cancer du colon localisé : postopératoire

- Stade AJACC III (N+M0)
 - **Chimiothérapie : FOLFOX 6 mois** (LV5FU2 si >70 ans) ou **CAPOX** (3 mois si T1-3N1, 6 mois sinon)
 - **APA ++ : augmentation survie sans maladie et OS démontrée** (Etude Challenge Courneya et al. 2025)
- Puis surveillance

Lecomte T, et al. Cancer du côlon non métastatique Thésaurus National de Cancérologie Digestive, mars 2026

Zoom sur APA et cancer du colon adjuvant



Applicable patients AJA?

NB: 3 ans d'activité ...

Chimiothérapie à base de 5FU et d'oxaliplatine

Onco
Pratique

- Chimiothérapie en Dig:
 - 5FU + acide folinique : LV5FU2 (base)
 - + oxaliplatine : FOLFOX
 - + Irinotécan : FOLFIRI
 - + les deux : FOLFIRINOX
- Dépistage d'un déficit en DPD par **uracilémie** pré-thérapeutique obligatoire
- FOLFOX, LV5FU2 : diffuseur de 5FU (ou pompe) à domicile pendant 46h => **prestataire**
- OXALIPLATINE : Neurotoxicité : acroparesthesies au froid/tox permanente
 - L'**arrêt de l'oxaliplatine** est recommandé dès l'apparition d'une neuropathie de grade 2 (paresthésies douloureuses spontanées, non déclenchées par le froid et persistantes entre deux cycles) et obligatoire en cas d'apparition d'une gêne fonctionnelle (grade 3) ou d'une réaction allergique ou de toute autre toxicité de grade supérieur à 1 spécifique de l'oxaliplatine (respiratoire notamment).
 - Littérature pour une utilisation de Gants chirurgicaux d' une taille inférieure

Lecomte T, et al. Cancer du côlon non métastatique Thésaurus National de Cancérologie Digestive, mars 2026

Cancer colorectal métastatique

- Souvent la présentation des AJA
- Questions initiales
 - Nombre de site métastatiques? (foie/poumon/péritoine/rétropéritoine/ovaire)
 - Maladie résécable? (PCI? Chirurgie hépatique possible? Chirurgie pulmonaire possible ou faisabilité RT stéréo?)

⇒ Projet à prétention curative ou palliatif?

 - Statut RER (en IHC et en biologie moléculaire)
 - Statuts RAS et BRAF

⇒ Adaptation de la chimiothérapie

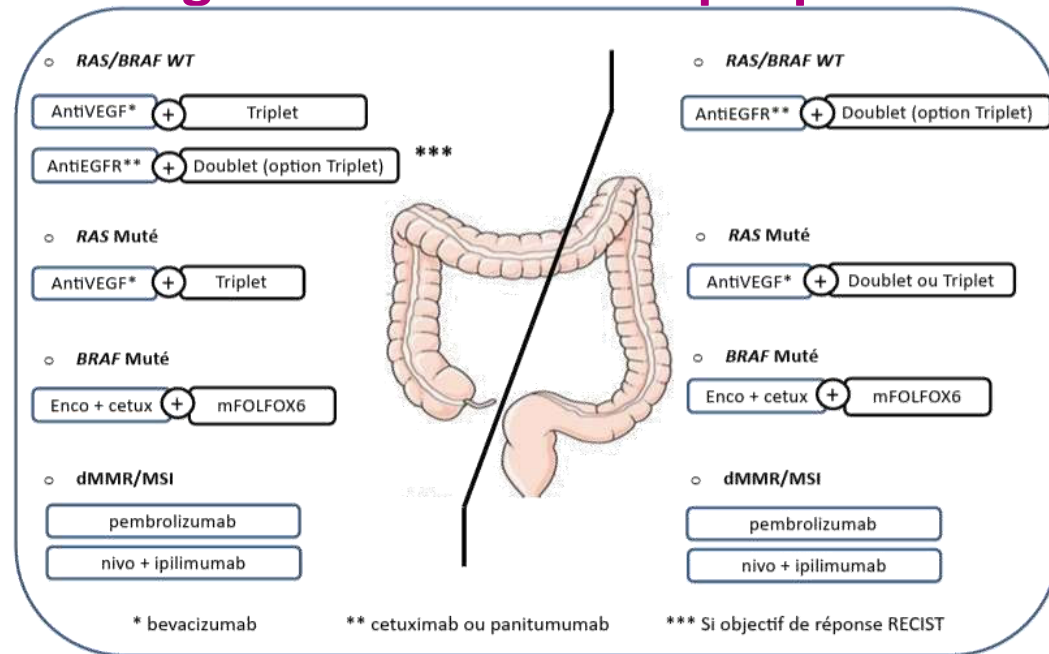
Cancer colorectal métastatique

- Si maladie potentiellement éligible à une résection de toutes les localisations
- ⇒ **Elaboration d'un projet** avec association CT adaptée, chirurgie (hépatique, pulmonaire, cytoréduction complète péritonéale +- CHIP mitomycine) ou traitement destructeur (RT stéréo ou RF ou microondes). Parfois, discussion CIAH
- ⇒ Séquence en fonction de la présentation
- ⇒ Maximum de 12 cycles de CT

Cancer colorectal métastatique

- Si maladie non résécable :

1^e Ligne de chimiothérapie palliative adaptée



Triplet : FOLFIRINOX

Doublet : FOLFOX ou FOLFIRI

Maintenance ?

- ⇒ Si dbt/trp beva : LV5FU2 beva
- ⇒ Si FOLFOX-antiEGFR : LV5FU2anti EGFR
- ⇒ Si folfiri antiEGFR : poursuite

Phelip JM et al. Cancer colorectal métastatique Thésaurus National de Cancérologie Digestive, mars 2026

Cancer colorectal métastatique

- À la progression :
 - Si doublet : switch doublet + biothérapie
 - Si beva : Beva poursuivi 2^e ligne (ou aflibercept)
 - Si AntiEGFR : Beva 2^e ligne
 - Si triplet- beva : Lonsurf Beva
 - Si FOLFOX EncorafenibCetuximab : FOLFIRI beva (ou aflibercept)
- En 3^e ligne : Lonsurf Beva
- En 4^e ligne
 - Si Anti EGFR possible (RASwt) et jamais utilisés : panitumumab ou CETUX +/- irino
 - Sinon FRUQUINTINIB ou REGORAFENIB

Phelip JM et al. Cancer colorectal métastatique Thésaurus National de Cancérologie Digestive, mars 2026

Cancer colorectal métastatique

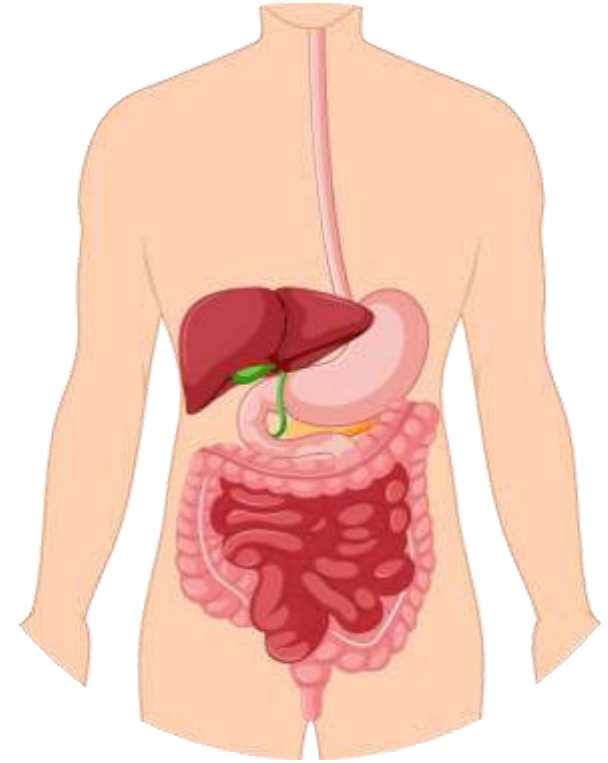
- Cas particuliers
 - Si excellente réponse péritonéale, site unique : restaddifier par coelio ou laparo d'opérabilité. Rapport bénéfice risque des gestes digestifs à prendre en compte (grêle court)
 - Métastases hépatiques non résécables, primitif opéré, maladie contrôlée : discussion **greffe hépatique** (projet redevenant curatif)
 - Métastases ovariennes : peu chimiosensibles (site sanctuaire) discuter **ovariectomie**
 - Compressions urinaires : montées de JJ/ néphrostomie parfois nécessaires
 - Ascite réfractaire sans HTP : discuter PéritX
 - Screening moléculaire/essais (>18ans) : arrivée anti HER2, inhibiteurs KRAS, ADC,...

Cancer colorectal de l'AJA

- Pronostic assez sombre par rapport à d'autres pathologies (ex TGNS)
- CT par oxaliplatine nécessitant un suivi spécifique
- Séquelles digestives (chirurgie rectale, résection étendue (notamment si PAF), tox sexuelle et reproductive, à prendre en compte
- Nécessité d'un suivi double équipe (AJA/onco dig) évidente

Stratégie thérapeutique des Cancers digestifs

- [Œsophage](#)
- [Estomac](#)
- Hépatobiliaire
- [Pancréas](#)
- [Grêle](#)
- [appendice](#)
- [Colon](#)
- [Rectum](#)
- Anus

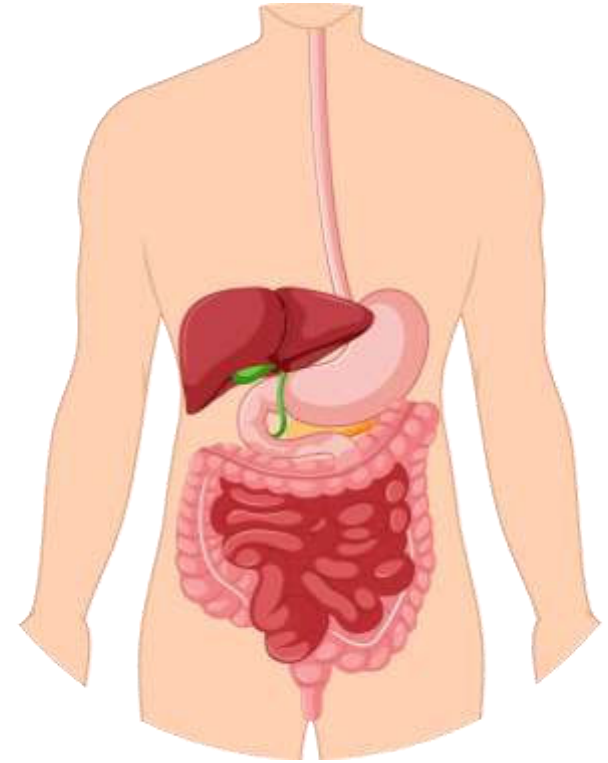


Tumeurs neuroendocrines appendiculaires

- Nécessite discussion spécifique RENATEN
- Découverte de manière fortuite sur pièce d'appendicectomie
 - Grade?
 - Taille?
 - Qualité d'exérèse?
 - ⇒ Si TNE<10mm grade I R0 : pas de traitement complémentaire,
 - ⇒ Si TNE>20 mmg /qualité R1/R2 : colectomie droite complémentaire
- Si métastatique : dépend Ki67 et charge métastatique
 - ⇒ Analogue somatostatine
 - ⇒ Surveillance
 - ⇒ CT (5FU - streptozotocine, temozolomide +/- capecitabine, dacarbazine LV5FU2)
 - ⇒ Si carcinome neuroendocrine : CDDP ETOPOSIDE

Stratégie thérapeutique des Cancers digestifs

- [Œsophage](#)
- [Estomac](#)
- Hépatobiliaire
- [Pancréas](#)
- [Grêle](#)
- [appendice](#)
- [Colon](#)
- [Rectum](#)
- Anus



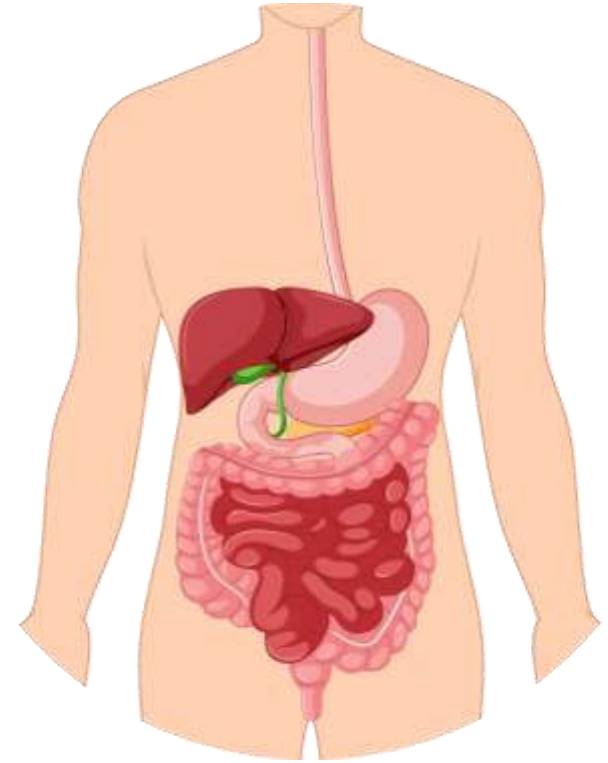
Cancer du grêle

- Rare, souvent muté KRAS G12C (adagrasib non remboursé/évalué dans cette situation)
- Maladie localisée : Chirurgie
 - T1-T3 N0 : surveillance ensuite
 - Si T4 ou N1 : Chimiothérapie adjuvante recommandée (6 mois FOLFOX)
- Maladie métastatique :
 - CT FOLFOX ou CDDP 5FU ou FOLFIRI
 - Si M+ résécables : chirurgie +- CT
 - Essai clinique : FOLFIRINOX vs FOLFOX

Manfredi S et al. Adénocarcinome du grêle Thésaurus National de Cancérologie Digestive, novembre 2024

Stratégie thérapeutique des Cancers digestifs

- [Œsophage](#)
- [Estomac](#)
- Hépatobiliaire
- [Pancréas](#)
- [Grêle](#)
- [appendice](#)
- [Colon](#)
- [Rectum](#)
- Anus



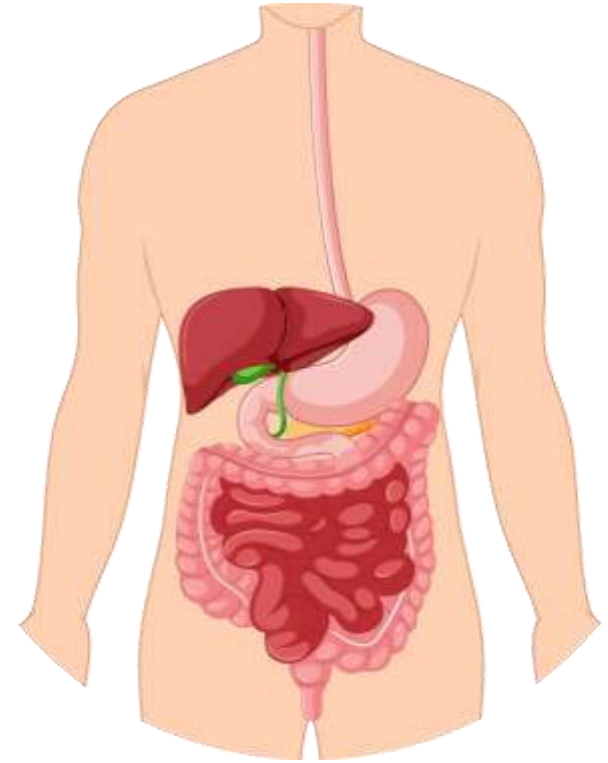
Cancer du pancréas

- Pronostic sombre, souvent diagnostiqué à un stade avancé
- Si petite lésion résécable : **Chirurgie** puis CT adjuvante (**mFOLFIRINOX**)
- Si maladie borderline : **mFOLFIRINOX** d'induction puis chirurgie
- Si maladie localement avancée : **mFOLFIRINOX** puis discuter traitement de clôture par radiothérapie
- Si maladie métastatique : CT 1ere ligne (**mFOLFIRINOX** ou **NaIRIFOX**) / CT 2^e ligne **Gemcitabine +-NabPaclitaxel**
inhibiteurs de KRAS en cours d'essai

P Hammel et al. Cancer du Pancréas Thésaurus National de Cancérologie Digestive, juin 2024

Stratégie thérapeutique des Cancers digestifs

- [Œsophage](#)
- [Estomac](#)
- Hépatobiliaire
- [Pancréas](#)
- [Grêle](#)
- [appendice](#)
- [Colon](#)
- [Rectum](#)
- Anus



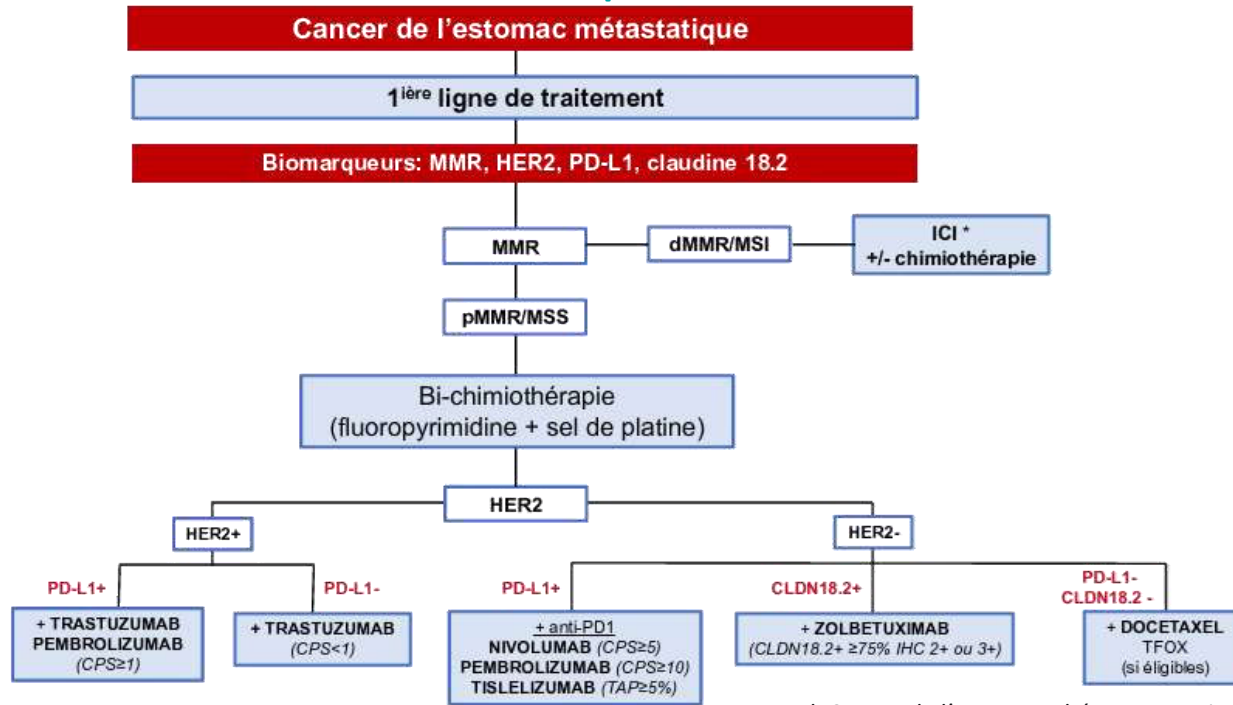
Cancer oesogastrique de l'AJA

- Cancer des 2 tiers supérieurs : **carcinome épidermoïde**
 - Forme localisé: RTCT (41Gy + Carboplatine Paclitaxel) puis chirurgie
Alternative : RTCT exclusive (50,1Gy + FOLFOX)
 - métastatique : FOLFOX + immunothérapie si statut PDL1 compatible
- Cancer 1/3 inf ou jonction ou estomac : **adénocarcinome**
 - Forme localisée : CT périopératoire par FLOT 4+4 cycles associée à une immunothérapie par durvalumab qui sera poursuivie jusque 1 an de traitement

*Veziant J et al. Cancer de l'oesophage Thésaurus National de Cancérologie Digestive, 2023
Zaanan A et al. Cancer de l'estomac Thésaurus National de Cancérologie Digestive, 2026*

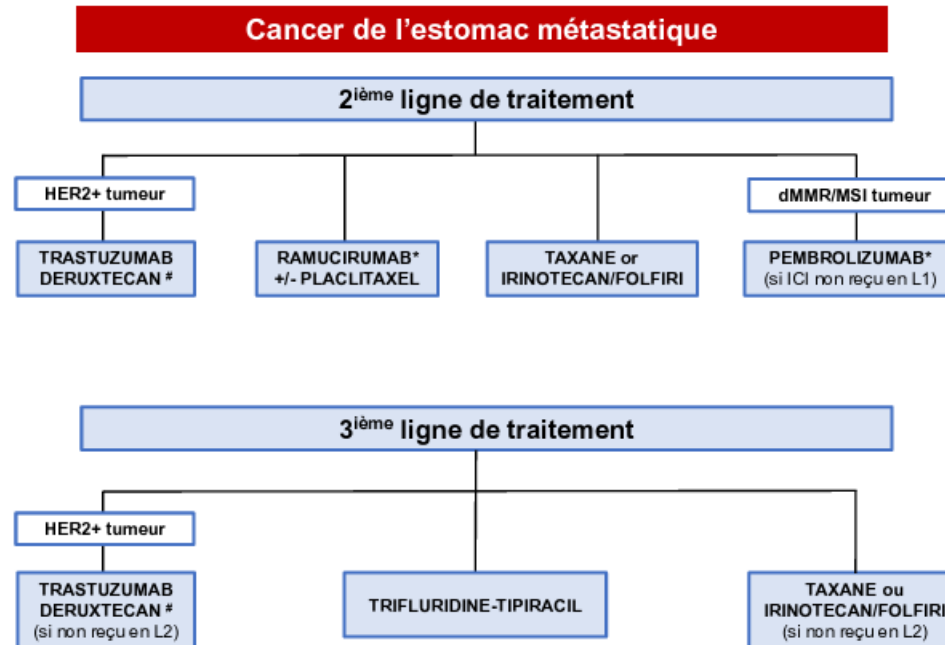
Cancer oesogastrique de l'AJA

- Adénocarcinome métastatique: fonction statuts HER2 Claudine 18.2 et PDL1



Zaanan A et al. Cancer de l'estomac Thésaurus National de Cancérologie Digestive, 2026

Cancer oesogastrique de l'AJA



Zaanan A et al. Cancer de l'estomac Thésaurus National de Cancérologie Digestive, 2026



— Conclusion

En résumé

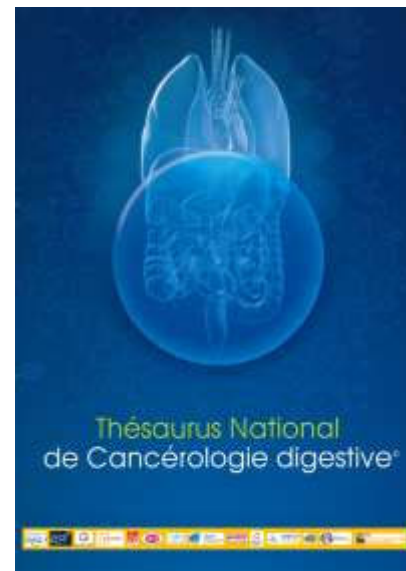
- Utilisation +++ de CT à base
 - De 5FU nécessitant un dépistage en DPD (uracilémie)
 - D'oxaliplatine, pouvant engendrer une neurotoxicité
- Tumeurs MSI (dMMR IHC) : immunothérapie
- AJA < 18 ans : pas d'AMM
- Nécessité PeC nutritionnelle, APA et plus globalement SOS
- Collaboration nécessaire entre équipe AJA et d'oncodig

Pour aller plus loin

- Thésaurus national de cancérologie digestive

<https://www.snfge.org/tncd>

Pas de chapitre dédié AJA...





—

Cancers digestifs des AJA

Stratégies thérapeutique

Merci !