

A qui s'adresse le dépistage ?

Le dépistage du cancer du pancréas et des lésions pré-cancéreuses **concerne les patients à risque accru de développer un cancer du pancréas mais ne présentant pas de symptômes.**

Il doit être distingué du diagnostic précoce chez les patients présentant des symptômes d'alarme (cfr volet 3) ou des anomalies radiologiques. Des facteurs familiaux et héréditaires sont impliqués dans environ 10% des cas de cancers du pancréas. De manière schématique, on distingue 3 niveaux de risque :

a. Population à risque faible (x2)

- 1 parent au premier degré (parents / enfants / frères ou sœurs) atteint de cancer du pancréas
- histoire familiale de cancer du côlon ou de polyposse héréditaire
- diabète de type II évoluant depuis plus de 20 ans
- tabagisme
- obésité

b. Population à risque moyen (x5)

- 2 parents au 1^{er} degré atteints de cancer du pancréas
- pancréatite chronique
- mucoviscidose

c. Population à haut risque (x10 ou plus)

- 3 apparentés atteints de cancer du pancréas quel que soit le degré de parenté
- pancréatite chronique héréditaire (liée à des mutations connues)
- prédisposition héréditaire majeure aux cancers avec mutations identifiées (syndrome de Lynch, syndrome de Li-Frauméní, syndrome lié aux mutations « BRCA »)

Le dépistage s'adresse aux patients qui ont un **risque au moins supérieur de 5 à 10 fois** celui de la population générale c'est-à-dire le plus souvent lié à une prédisposition dite « familiale » ou encore une prédisposition majeure dite héréditaire (risque lié à une mutation génétique).

Les patients ayant dans leur famille proche, des membres présentant un cancer du pancréas associé à un mélanome, ou à un cancer du sein, ou à un cancer de l'ovaire, ou à un cancer de l'intestin, doivent avoir l'attention attirée sur un risque héréditaire potentiel et sont invités à consulter en Onco-Génétique. Une analyse génétique pourrait leur être proposée sur base des critères présents.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital Erasme

Route de Lennik 808 - B - 1070 Bruxelles
T 02 555 31 11 - M communication@hubruxelles.be

www.erasme.ulb.ac.be

Institut Jules Bordet

Rue Meylemeersch 90 - 1070 Bruxelles
T 02 541 31 11 - M communication@hubruxelles.be

www.bordet.be

**Consultation de Gastro-Entérologie
et de Pancréatologie médico-chirurgicale**
T 02 555 35 04 - T 02 555 43 50

**Consultation d'Oncologie Digestive et de Dépistage
des Tumeurs Digestives de l'Hôpital Erasme**
T 02 555 39 40

**Consultation d'oncologie digestive et de dépistage
des tumeurs du pancréas de l'Institut Jules Bordet**
T 02 541 34 80

Consultation d'Onco-Génétique
T 02 541 35 26
Services de radiologie Erasme et Bordet

Editeur responsable :
Service de communication H.U.B.
Hôpital Erasme
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
Ref 27643/1
02/2023



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Dépistage du cancer du pancréas

Services de Gastro-Entérologie, Hépatopancréatologie et Oncologie Digestive
Service de Génétique – Onco-Génétique
Clinique de prévention et de dépistage
Services de radiologie



But du dépistage du cancer du pancréas et des lésions à risque

Le cancer du pancréas est un cancer de mauvais pronostic, dont l'incidence est en augmentation dans nos pays et atteint 10-12 cas/100.000 personnes.

Comme le cancer du colon, qui se développe à partir de polypes, le cancer du pancréas se développe au départ de lésions dites pré-cancéreuses dont certaines sous forme de kystes du pancréas.

Actuellement le diagnostic du cancer du pancréas est trop tardif dans **85% des cas**, ce qui explique son pronostic très sombre (survie à 5 ans actuellement de 10%, pour 2% en 1970). Seulement **20% des cancers du pancréas** sont localisés et peuvent être opérés en vue d'une guérison.

Le but du dépistage du cancer du pancréas est de détecter des lésions à un stade plus précoce et de pouvoir ainsi augmenter les possibilités d'opération chirurgicale de 20% à 75% des cas. On espère ainsi augmenter le taux de survie à 5 ans.

Comment et quand effectuer le dépistage ?

Il n'y a pas de tests sanguins standards et fiables existant à ce jour.

Les techniques d'imagerie les plus performantes pour la détection de lésions pancréatiques sont :

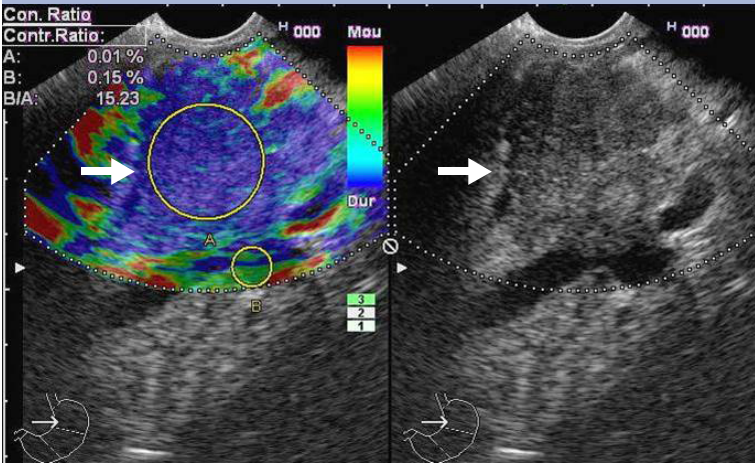
- **L'imagerie par résonance magnétique nucléaire** (IRM)
- **L'échoendoscopie** (EUS).

Ces 2 techniques sont complémentaires, l'EUS permettant de faire des prélèvements du pancréas. Les anomalies pancréatiques le plus souvent détectées dans les programmes de dépistage des populations à risque de cancer du pancréas sont les lésions kystiques (plus de 90% des lésions).

Il est donc proposé de réaliser initialement une IRM et/ou une EUS :

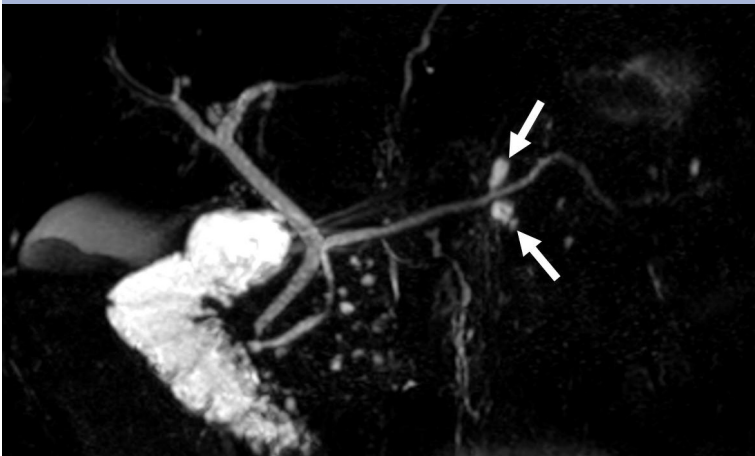
- **En l'absence de lésion**, un suivi annuel par IRM et un suivi tous les 3 ans par EUS est recommandé.
- **En cas de lésion suspecte**, une discussion multidisciplinaire établira l'attitude thérapeutique à adopter (par ex. chirurgie) ou déterminera un plan de suivi plus rapproché.

Il est conseillé de **débuter le dépistage** à l'âge de **50 ans** ou **10 ans avant l'âge d'apparition du cancer chez le plus jeune membre atteint de cancer du pancréas dans la famille**.



ÉCHOENDOSCOPIE QUI RÉVÈLE UNE TUMEUR DU PANCRÉAS

IRM QUI RÉVÈLE LA PRÉSENCE DE DEUX LÉSIONS KYSTIQUES AU NIVEAU DU PANCRÉAS



« SYMPTÔMES D'ALARME »

A qui faut-il proposer un trajet de soins rapide (fast track) visant à diagnostiquer rapidement un cancer du pancréas ?

Les patients présentant une **suspicion clinique** de cancer du pancréas :

- patients de plus de 40 ans présentant une pancréatite aiguë de cause indéterminée
- diabète de découverte récente
- amaigrissement inexpliqué
- douleurs dorsales réveillant la nuit
- jaunisse
- altérations biologiques à la prise de sang

Les patients présentant une **anomalie suspecte par l'imagerie** :

- dilatation inexpliquée du canal pancréatique principal, des canaux pancréatiques secondaires, des voies biliaires
- sténose (rétrécissement) canalaire inexpliquée
- kyste de plus d'1 cm

Ces patients doivent faire l'objet d'un bilan **biologique, radiologique et endoscopique** suivi d'une discussion multidisciplinaire rassemblant gastro-entérologues, oncologues digestifs, chirurgiens, radiologues et pathologistes afin de préciser l'attitude thérapeutique à adopter.

Ce trajet de soins, clôturé par la discussion multidisciplinaire peut s'envisager au cours d'une à deux semaines et comprendra :

- une consultation initiale
- une prise de sang
- une IRM
- une EUS (échoendoscopie)
- une discussion multidisciplinaire avec l'ensemble des résultats
- un compte-rendu au patient en consultation au plus tard 2 semaines après la consultation initiale.

En pratique

Le **dépistage du cancer du pancréas** doit être conseillé chez :

- Toute personne ayant une histoire familiale suggestive c'est-à-dire avec au moins 2 apparentés au 1er degré (parents, enfants, frères/sœurs) atteints d'un cancer du pancréas ou au moins 3 apparentés (quel que soit le degré de parenté) atteints d'un cancer du pancréas
- Toute personne de plus de 30 ans présentant une pancréatite chronique héréditaire ou non ou atteinte de mucoviscidose
- Toute personne ayant une prédisposition héréditaire aux cancers avec mutations identifiées (syndrome de Lynch, syndrome de Li-Frauméní, syndrome lié aux mutations « BRCA ») et au moins un apparenté atteint d'un cancer du pancréas.

Le **trajet de soins visant à diagnostiquer rapidement le cancer du pancréas** (Fast Track) doit être proposé à :

- Toute personne présentant une suspicion clinique (symptôme d'alarme) ou une anomalie radiologique inexpliquée.

Une **consultation** spécifiquement dédiée au **dépistage** et au **diagnostic précoce du cancer et des lésions précancéreuses du pancréas** est organisée sur :

Hôpital Erasme :
mercredi matin

Institut Jules Bordet :
mercredi après-midi et jeudi matin