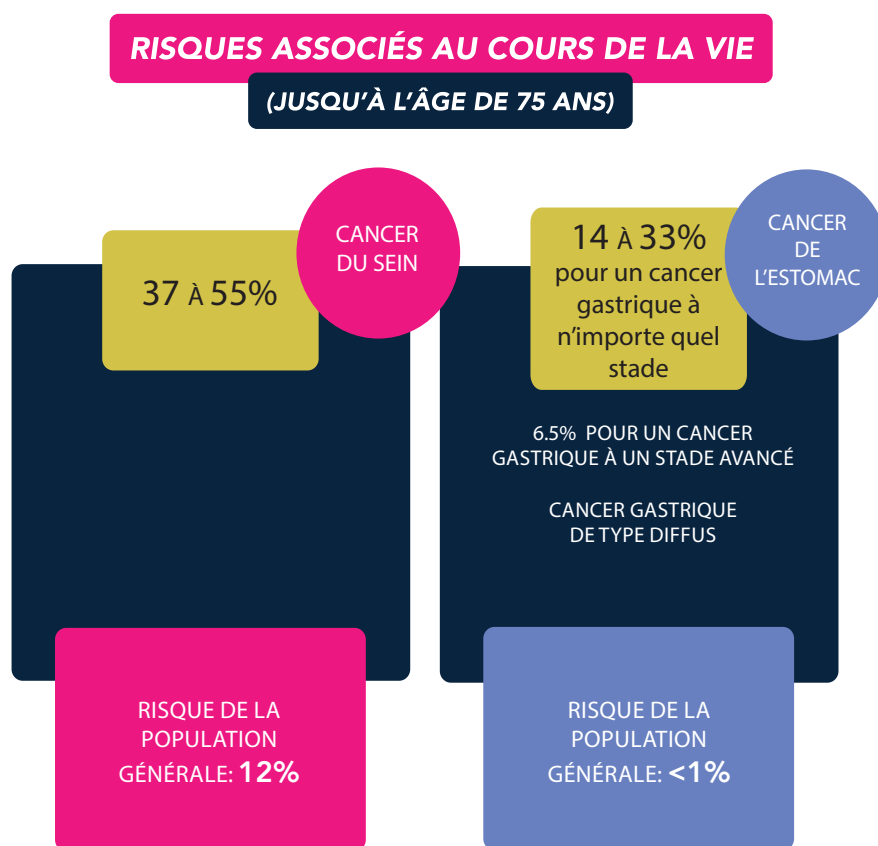




Les lignes directrices du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) pour la prise en charge médicale des patients porteurs d'un variant pathogénique/probablement pathogénique CDH1 sont énumérées dans ce document.

Cette vue d'ensemble est fournie à titre informatif et ne constitue pas une recommandation individualisée. **Les options recommandées peuvent varier selon vos antécédents personnels et familiaux. L'accès à certaines options peut également varier d'un centre médical à un autre.** Les références spécifiques devraient être consultées pour plus de détails avant d'élaborer un plan de traitement.

De plus, les informations disponibles sur les gènes de prédisposition au cancer héréditaire sont en constante évolution et **il est recommandé de vérifier annuellement ces informations car les directives de prise en charge pourraient changer dans le futur.**



#### NOTE

Un risque de fente labiale avec ou sans fente palatine a été associé avec des variants pathogéniques et probablement pathogéniques CDH1.

#### Références:

Daly M et coll. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian and Pancreatic. Version 3.2025-March 6, 2025. <http://www.nccn.org>

Barbosa-Matos R, Córdova L, Schrader K, et al. Diffuse Gastric and Lobular Breast Cancer Syndrome. 2002 Nov 4 [Updated 2024 Oct 10]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1139/>

Gupta S et coll. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal, Endometrial, and Gastric. Version 4.2024. April 2, 2025. <http://www.nccn.org>



## CANCER DU SEIN

## CANCER DE L'ESTOMAC

### DÉPISTAGE

#### À PARTIR DE 18 ANS

SI CHOISI DE NE PAS FAIRE LA GASTRECTOMIE TOTALE PROPHYLACTIQUE

- ENDOSCOPIE SUPÉRIEURE TOUS LES 6 À 12 MOIS AVEC BIOPSIES MULTIPLES

**IMPORTANT :** L'EFFICACITÉ DE CES MESURES DE DÉPISTAGE N'A PAS ÉTÉ RECONNUE POUR LA DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DE L'ESTOMAC.

#### À PARTIR DE 75 ANS

- LA PRISE EN CHARGE DEVRAIT ÊTRE DÉTERMINÉE SUR UNE BASE INDIVIDUELLE

18

75

30

#### À PARTIR DE 30 ANS

- MAMMOGRAPHIE AVEC TOUS LES 12 MOIS
- CONSIDÉRER L'IRM AVEC ET SANS CONTRASTE DES SEINS TOUS LES 12 MOIS

## CANCER DE L'ESTOMAC

### RÉDUCTION DES RISQUES

#### CHIRURGIE

ENTRE 18 ET 40 ANS :

OU PLUS TÔT SI PRÉSENCE D'ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CANCER DE L'ESTOMAC AVANT L'ÂGE DE 25 ANS

- LA GASTRECTOMIE TOTALE PROPHYLACTIQUE (ABLATION DE L'ESTOMAC AVANT LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER), EST RECOMMANDÉE SI PRÉSENCE DE:
  - STADE ÉTABLI PT1B OU SUPÉRIEUR DE SRCC (CARCINOME À CELLULES EN BAGUE À CHATON).
  - SIGNES ET SYMPTÔMES PERSISTANTS POUVANT ÊTRE ASSOCIÉS AU CARCINOME À CELLULES EN BAGUE À CHATON (SRCC) : PERTE DE POIDS, SATIÉTÉ PRÉCOCE, ANÉMIE ET DOULEURS ABDOMINALES
- UNE ENDOSCOPIE DE RÉFÉRENCE EST INDIQUÉE AVANT LA GASTRECTOMIE TOTALE PROPHYLACTIQUE.
- LA DISSECTION GANGLIONNAIRE DE TYPE D2 N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR UNE GASTRECTOMIE PROPHYLACTIQUE.

**IMPORTANT :** L'ANALYSE HISTOLOGIQUE DES BIOPSIES DOIT ÊTRE DÉTAILLÉE AFIN DE DÉTECTER UN FOYER DE TUMEUR MACROSCOPIQUE OU TOUT AUTRE FACTEUR POUVANT MODIFIER L'INTERVENTION CHIRURGICALE.

**NOTE :** EN L'ABSENCE D'ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CANCER DE L'ESTOMAC, IL Y A CONTROVERSE CONCERNANT LA GESTION DU RISQUE DE CANCER GASTRIQUE CHEZ LES PERSONNES AVEC DES VARIANTS PATHOGÉNIQUES ET PROBABLEMENT PATHOGÉNIQUES CDH1. UNE ÉTUDE A RÉVÉLÉ QUE >50% DE CES INDIVIDUS AVAIENT UN CANCER GASTRIQUE IDENTIFIÉ AU MOMENT DE LA GASTRECTOMIE TOTALE PROPHYLACTIQUE.

## CANCER DU SEIN

### RÉDUCTION DES RISQUES

#### CHIRURGIE

DISCUTER L'OPTION DE LA MASTECTOMIE PROPHYLACTIQUE BILATÉRALE, (ABLATION DES SEINS AVANT LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER), AVEC OU SANS RECONSTRUCTION. CETTE OPTION A DÉMONTRÉ UNE RÉDUCTION SIGNIFICATIVE DU RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER DU SEIN.